



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

Escuela de Psicología Clínica

**PROPUESTA DE TALLERES DE AUTOEFICACIA PARA
AUMENTAR EL BIENESTAR Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL CAAM**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicólogas
Clínicas**

Autoras: Camila Bernarda Muñoz Cañas

Stephany Alexandra Cárdenas Torres

Directora: Mgst. Gladys Alexandra Bueno Pacheco

Cuenca-Ecuador

2020

DEDICATORIA

A mis Padres, que me han guiado y apoyado a lo largo de mi vida con su esfuerzo y sacrificio he podido ser una de las afortunadas de poseer algo tan valioso como lo es la educación.

A mi hermana, por esos momentos de complicidad y apoyo que solo los lazos de sangre complementan. Su motivación me ha llevado a culminar con éxito y satisfacción este objetivo de vida.

A mis amigos, por creer en mí y brindarme su apoyo en cada peldaño de la carrera, su amistad significó el goce del proceso de mi educación.

A mis mejores amigas y que nuestro mundo esté siempre lleno de magia ¡Lumos!

Camila Bernarda Muñoz Cañas

DEDICATORIA

A mis padres Mauro y Anita quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades porque Dios está siempre conmigo.

A mis hermanos por todo su cariño y su apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, por sus consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y que de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas gracias.

Finalmente, a todos mis amigos, por apoyarme cuando más los necesito, por extenderme su mano en momentos difíciles y por el amor brindado en cada día de la carrera.

A mis mejores amigas y que nuestra unión sea tan fuerte como un equipo de fútbol en la cancha. ¡Vamos Linces!

Stephany Alexandra Cárdenas Torres

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien con su bendición llena nuestra vida y guía cada uno de nuestros pasos.

De manera muy especial a nuestra directora Mgst. Alexandra Bueno, que fungió como la guía principal de este proyecto, su enseñanza a lo largo de la carrera marcó un hito de aprendizaje muy valioso en nuestras vidas como personas y como profesionales.

Al Centro de Atención al Adulto Mayor, que muy amablemente nos abrió las puertas y confió en nosotras para culminar satisfactoriamente este proyecto.

A la Universidad del Azuay y a los profesores que integran la carrera de Psicología Clínica que fueron y son parte esencial de nuestra formación, por acuartarnos en sus aulas y potenciar nuestras habilidades como profesionales.

Stephany Cárdenas y Camila Muñoz

RESUMEN

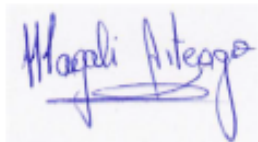
El objetivo de este estudio cuantitativo y descriptivo se basa en determinar estrategias adecuadas para desarrollar la percepción de autoeficacia en los adultos mayores. Los resultados se obtuvieron mediante la escala de Autoeficacia General y una ficha sociodemográfica de autoría propia. Se valoró la percepción subjetiva de autoeficacia con una muestra de 100 adultos mayores, dando por resultados una puntuación muy por encima del punto medio de la escala ($M=25$) y con baja dispersión ($CV=16.1\%$), con una tendencia hacia los altos valores. A su vez, no se presentaron resultados significativos entre autoeficacia y las variables sociodemográficas, sin embargo, se mostró una correlación negativa con la depresión. Se proponen talleres para desarrollar la autoeficacia, basados en las cuatro determinantes de las que se origina la misma, propuestas por Bandura. Se concluye que la autoeficacia es una variable importante para el envejecimiento exitoso de los adultos mayores.

Palabras claves: adultos mayores, talleres de autoeficacia, depresión, autoeficacia, bienestar y calidad de vida.

ABSTRACT

The objective of this quantitative and descriptive study was to determine adequate strategies to develop the perception of self-efficacy in older adults. The results were obtained by utilizing the General Self-Efficacy scale and a sociodemographic record of their authorship. The subjective perception of self-efficacy was assessed with a sample of 100 older adults, giving results a score well above the midpoint of the scale ($M = 25$) and with low dispersion ($CV = 16.1\%$), with a trend towards higher values. In turn, no significant results were shown between self-efficacy and sociodemographic variables. However, a negative correlation to depression was identified. Workshops are proposed to develop self-efficacy, based on the four determinants from which it originates, exposed by Bandura. It's concluded that self-efficacy is a key element to the success of aging for older adults.

Key words: older adults, self-efficacy workshops, depression, self-efficacy, well-being and quality of life.



Translated by



Stephany Cárdenas

Camila Muñoz C

Camila Muñoz

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VII
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL ADULTO MAYOR	3
1.1. ¿Quién es el Adulto Mayor?.....	3
1.1.1. Estadística Mundial.....	3
1.1.2 Significado y Teorías de la vejez	6
1.2. Envejecimiento.....	10
1.2.1. Modelo de envejecimiento exitoso.....	11
CAPÍTULO II	19
AUTOEFICACIA	19
2.1. Concepto.....	19
2.1.1. Orígenes de la autoeficacia.	20
2.1.2. Características de las personas con alto sentido de autoeficacia.....	21
2.1.3. Características de las personas con bajo sentido de autoeficacia.....	22
2.2. Autoeficacia en el adulto mayor.....	23
2.3. Variables demográficas y autoeficacia.....	25
CAPÍTULO III.....	28

TALLER PARA FOMENTAR LA AUTOEFICACIA	28
3.1. Concepto.....	28
3.2. Características de los talleres.....	29
3.3. Taller de autoeficacia: bases teóricas	30
3.3.1. Corrientes psicológicas complementarias	33
3.4. Actividades para desarrollar la autoeficacia.....	34
CAPÍTULO IV	35
METODOLOGÍA	35
4.1. Tipo de estudio	35
4.2. Objetivos	35
4.2.1. Objetivo general:.....	35
4.2.2. Objetivos específicos:	35
4.3. Población de estudio y muestra seleccionada.....	35
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	36
4.5. Instrumentos de recolección de información.....	36
4.5.1. Encuesta de datos sociodemográficos	36
4.5.2. Escala de Depresión CES-D.....	37
4.5.3. Escala de Autoeficacia General validada al contexto ecuatoriano.....	37
4.6. Procedimiento de recolección de información	38
4.7. Procesamiento de datos	38
CAPÍTULO V	39
RESULTADOS.....	39
5.1. Cuantitativos.....	39
5.1.1. Características de los participantes	39
5.1.2. Características de enfermedad.....	40

5.1.3. Autoeficacia	41
5.1.4. Según variables demográficas.....	42
5.1.5. Presencia de depresión.....	48
5.1.6. Correlación.....	49
CAPÍTULO VI.....	50
TALLER	50
6.1. Preparación del taller.....	50
6.2. Plan de taller.....	50
CAPÍTULO VII	65
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Determinantes del Envejecimiento Activo	17
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes	39
Tabla 3. Enfermedades existentes y medicación continua.....	41
Tabla 4 Indicadores de autoeficacia.....	42
Tabla 5 Autoeficacia según sexo y condición laboral.....	43
Tabla 6 Autoeficacia según escolaridad.....	44
Tabla 7 Situación de convivencia	45
Tabla 8 Autoeficacia según estado civil.....	46
Tabla 9 Autoeficacia según diagnóstico específico	47
Tabla 10 Correlación entre edad, escolaridad y depresión	49
Tabla 11 Planificación de taller de autoeficacia	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Proporción de la población de 60 años o más en 2015 y 2050.....	4
Figura 2: Evolución de la población de Latinoamérica y el Caribe por grandes grupos de edad (1950-2050).	5
Figura 3: Diferentes grupos de edad de las personas adultas mayores	6
Figura 4: Envejecimiento Exitoso.....	12
Figura 5: Relación de riesgo de enfermedad para presencia de enfermedad, discapacidad y muerte en una población que envejece.....	12
Figura 6: Los determinantes del envejecimiento activo.....	15
Figura 7: Modelo de la Teoría de la autoeficacia de Bandura.	23
Figura 8: Variables para aumentar las capacidades	32
Figura 9 Frecuencia de Autoeficacia.....	41
Figura 10 Frecuencia de depresión	49

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de datos sociodemográficos	83
Anexo 2. Escala de depresión CES-D.....	84
Anexo 3. Escala de Autoeficacia General validada al contexto ecuatoriano	85
Anexo 4 Diario de las emociones positivas	86
Anexo 5 Definir y evaluar los objetivos y logros	87

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia para los adultos mayores indica una importancia tanto en sus capacidades físicas como en el efecto de poder participar activamente en la búsqueda de soluciones a conflictos cotidianos. Este sentimiento puede entenderse como empoderamiento que se relaciona al sentido de autonomía, sensación de control y satisfacción (Iacub & Arias, 2010).

La principal motivación al realizar este trabajo de investigación es la necesidad de conocer el nivel de autoeficacia que presentan los usuarios en el Centro de Atención al Adulto Mayor (CAAM). Ello debido a que la autoeficacia influye en los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas sobre sus propias habilidades para actuar de forma adecuada y alcanzar con éxito el cumplimiento de sus objetivos. Gracias a esto los niveles de autoeficacia que posean, podrán aumentar o disminuir la motivación al momento de enfrentar situaciones que les permitan conseguir distintos logros (Camposeco Torres, 2012).

En cuanto a la investigación, se trata de un estudio de tipo cuantitativo y de alcance descriptivo mediante el cual se pretende analizar las estrategias adecuadas para desarrollar la percepción de autoeficacia en los adultos mayores, a través de la aplicación de la Escala de Autoeficacia General validada para Ecuador y la Escala de Depresión CES-D.

En el primer capítulo se hablará sobre el adulto mayor, su concepto, su estadística mundial, latinoamericana y nacional; el significado y las diferentes teorías de la vejez, el envejecimiento y los modelos de envejecimiento exitoso.

Dentro del segundo capítulo sobre autoeficacia, se abordará su concepto según Bandura, los orígenes de las creencias de autoeficacia con respecto al mismo autor, las características de las personas con un alto y bajo sentido de autoeficacia, la percepción de este concepto en el adulto mayor y la relación de variables demográficas con la autoeficacia.

Siguiendo con el capítulo tres, que abarca el taller para fomentar la autoeficacia el mismo que hará referencia al concepto de taller, sus características, bases teóricas para los

talleres de autoeficacia, corrientes psicológicas completaría usadas para aplicar las estrategias establecidas y las actividades para aumentar el nivel de autoeficacia.

Con respecto al cuarto capítulo, se explicará la metodología, el tipo de estudio que se llevará a cabo, objetivos, población de estudio y muestra seleccionada, los criterios de inclusión y exclusión para la muestra, los instrumentos y procedimiento de recolección de información: la encuesta de datos Sociodemográficos, la Escala de Depresión CES-D y la Escala de Autoeficacia General validada en Ecuador, y el procesamiento de datos.

En el capítulo cinco se encuentran los resultados cuantitativos, las características de los participantes, características de enfermedad de los mismos, los resultados de autoeficacia y su relación con las variables demográficas, resultados del test aplicado de depresión, y la correlación entre edad, escolaridad y depresión.

El sexto capítulo abarca el diseño del taller, su preparación, y el plan propuesto para el mismo.

Finalmente, se presenta la discusión, las conclusiones y las recomendaciones respecto al tema tratado.

CAPÍTULO I

EL ADULTO MAYOR

1.1. ¿Quién es el Adulto Mayor?

Se denomina adulto mayor a la persona que supera los 60 años, llegando a una etapa donde todas sus vivencias se acumulan, atravesando la mayoría de logros en varios aspectos de su vida. En esta población se comienza a visualizar vulnerabilidad en la parte física, económica y social (PENSIONISSSTE, 2017).

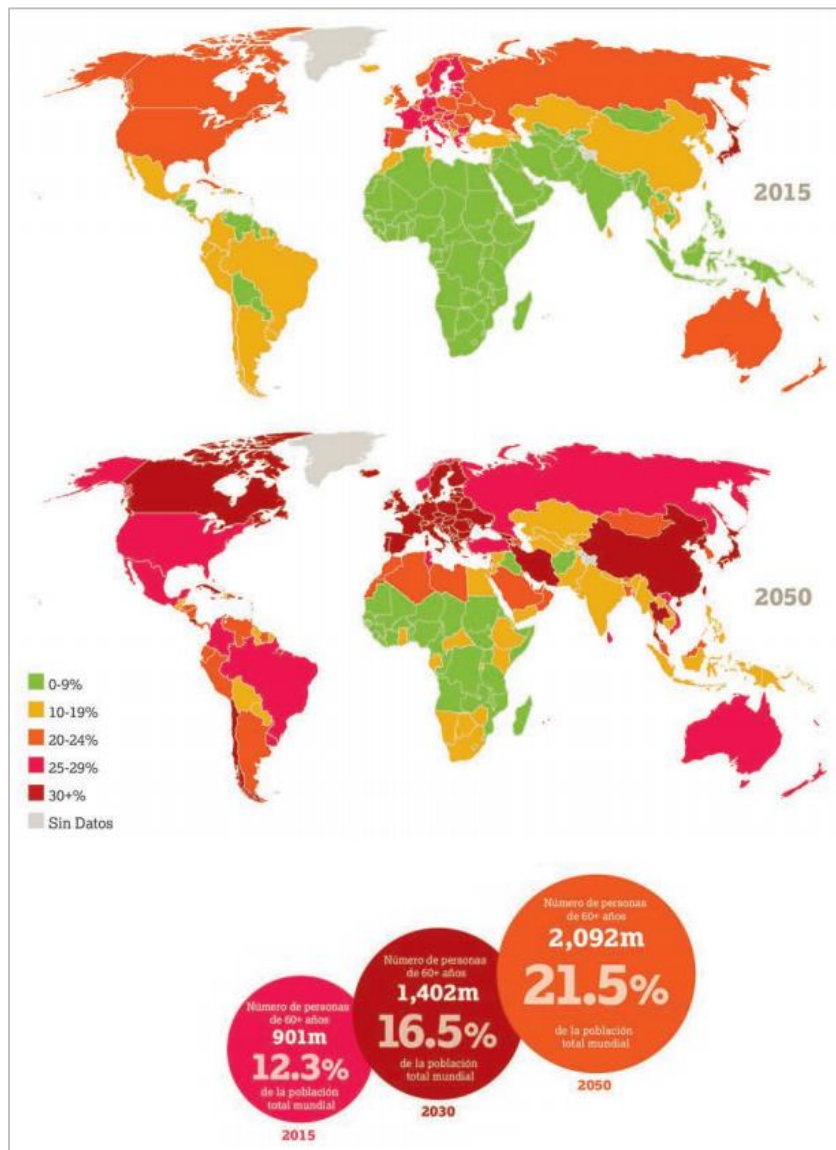
Por otro lado, Cevallos (2013), define como persona mayor a quien cumple la edad de 60 a más; es en esta etapa donde muchos de los adultos mayores dejan de trabajar, se jubilan y permanecen en el hogar. Pero esto no quiere decir que el adulto mayor no sea un individuo activo de la sociedad, puesto que aporta con sus conocimientos y experiencias para enseñar a generaciones más jóvenes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), toda persona que sobrepasa los 60 años de edad se les considera de la tercera edad, a partir de eso los dividen por categorías según tres rangos de edad, primero, están las personas de 60 a 74 años consideradas de edad avanzada; segundo, las de 75 a 90 años denominadas viejas o ancianas; y tercero, los mayores de 90 designados grandes viejos o longevos.

1.1.1. Estadística Mundial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la proporción de personas mayores está creciendo rápidamente alrededor de todo el mundo. A partir de eso se calcula, que entre 2015 y 2050 pasará del 12 al 22%, duplicando así su proporción; por lo cual se prevé un aumento de 900 millones a 2000 millones de personas que sobrepasan los 60 años. Ver figura 1.

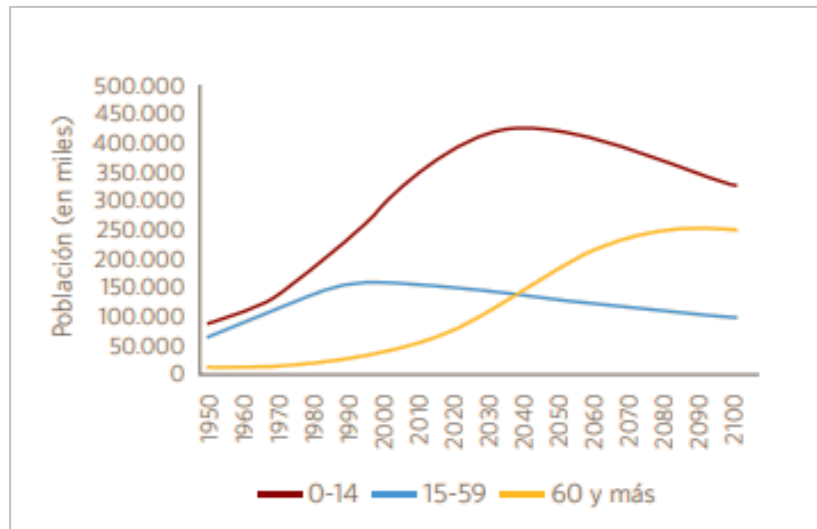
Figura 1: Proporción de la población de 60 años o más en 2015 y 2050



Fuente: (Flores, 2015, págs. 1-2)

Por otro lado, la población en Latinoamérica y el Caribe se encuentra envejeciendo, puesto que, el porcentaje de personas con 60 años y mayores aumenta al mismo tiempo, que el de la población con 15 años o menores se reduce. El conjunto de personas de 60 años y más, en la década de los 50's reflejaba el 5.7% y aumento a un 11.2% para el 2015, y se espera que esta cifra llegue al 21.0% en el 2040 (United Nations, 2015).

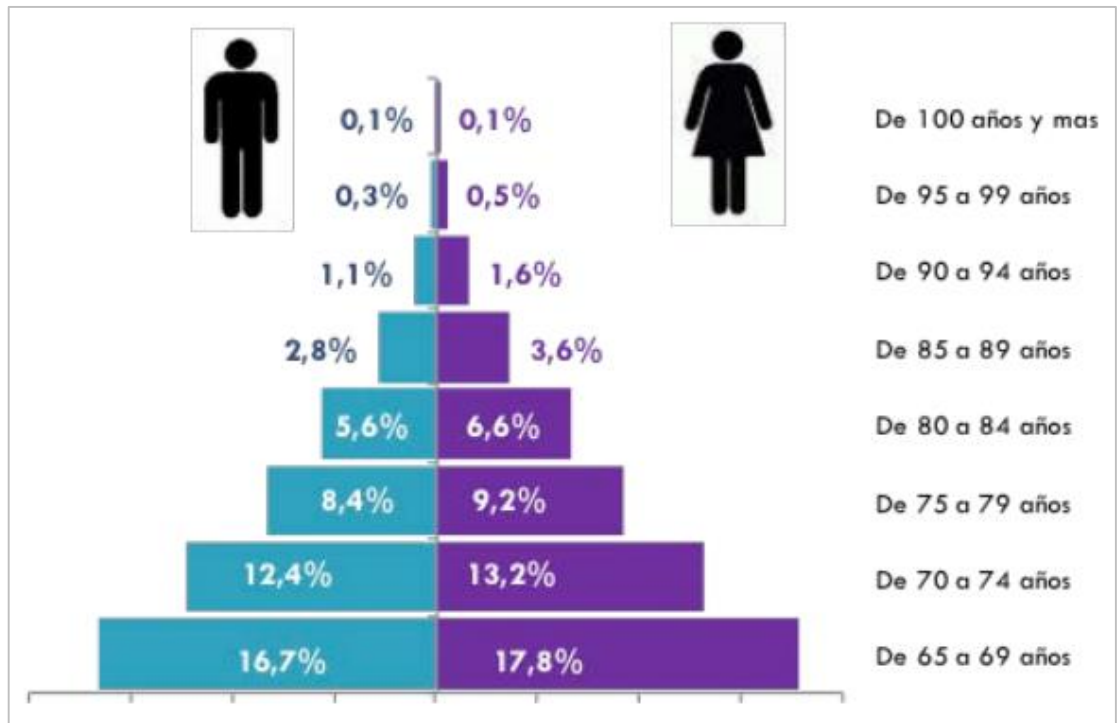
Figura 2: Evolución de la población de Latinoamérica y el Caribe por grandes grupos de edad (1950-2050).



Fuente: (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017, pág. 13)

En cuanto a Ecuador, de acuerdo al censo realizado en 2010, las personas adultas mayores son las ciudadanas y ciudadanos que tienen 65 años de edad o más, este grupo poblacional era de 940.905 lo que simbolizaba el 6,6% de la población total; para el 2017 se estima que serían 1.180.944 lo que personificará el 7,0% de la población total (CNII, 2019). Actualmente el Ecuador cuenta con 17.429.660 habitantes, según el INEC (2013) para el 2020 la población de adultos mayores sería de 1.289.794, correspondiente al 7,4% de la población total.

Figura 3: Diferentes grupos de edad de las personas adultas mayores



Fuente: (Carrión, y otros, 2013, pág. 35)

1.1.2 Significado y Teorías de la vejez

El término vejez se refiere a la etapa final de la vida del ser humano, en donde concluye su rol laboral, de reproducción, etc., y conlleva una serie de procesos biológicos y psicológicos propios (Iacub, 2011).

La vejez se define también como una construcción social tanto individual como colectiva, que establece las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios sociohistóricos. La vejez es consecuencia de las etapas que la precedieron y refleja la biología, el contexto social, la visión y la actitud ante la vida de cada individuo (Mendoza, 2013).

Desde que el ser humano existe, ha pasado por varias etapas de su ciclo vital, gracias a esto se han realizado varios estudios y teorías con relación a dichas etapas, una de ellas enfocada a la etapa de la vejez. A continuación, se presentarán dos generaciones de teorías que abordan el tema mencionado (Retamosa, 2017).

La primera generación de teorías surge entre los años 40 y 60's, entre ellas se encuentra la Teoría de la Actividad, la Teoría del Desapego, de la Modernización y la Teoría de la Subcultura de la vejez.

Teoría del Desapego. Abordada por Cummings y Henry (1961) explican el envejecimiento basado en los cambios que se producen en las relaciones entre los individuos y la sociedad. Este proceso no depende de variables sociales por lo que se produce en todo tipo de cultura y tiempo histórico. Con base en un estudio realizado en Kansas sobre la vida adulta, se destacó la disminución de contactos sociales que ocurren con la vejez. Esta idea asume que en el adulto mayor existe un retraimiento gradual y natural de las relaciones sociales, considerándose un proceso de adaptación a las nuevas circunstancias vitales. Existen tres factores, el primero, la pérdida de roles al cambiar la posición del individuo en la sociedad, por ejemplo, en la jubilación; el segundo, es definido por la cercanía de la muerte y de un futuro limitado, esta situación llevará al adulto mayor a centrarse en sí mismo; y el tercer factor, se basa en la evolución biológica, donde asume que la pérdida de las capacidades sensorio-motrices no le permitirán mantener el mismo nivel de actividad.

Teoría de la Actividad. Esta teoría constituye que, con el fin de mantener un sentido positivo de sí mismo, las personas mayores deben sustituir los roles perdidos por otros nuevos. Por lo tanto, su bienestar dependerá de los resultados de esa mayor actividad en los papeles recién adquiridos (Novella, 2016).

Lemon, Bengtson y Peterson (1972), entendían que cuanto más actividad, mayor satisfacción vital se producía, y para ello describían tres tipos de actividades: la informal, que implica vecinos y amistades; la formal, con la participación en voluntariados y grupos socio-recreativos; y la solitaria, realizada de forma autónoma, como ocuparse de la casa o actividades de ocio.

Teoría de la Modernización. Afirma que la posición social de los ancianos es inversamente proporcional al grado de industrialización de esa sociedad. Es decir, la condición social de las personas mayores estará relacionada con los cambios que se generen según los avances de la sociedad.

Cowgill (1974), indica cuatro variables de las sociedades industrializadas que inciden en el estatus social de las personas mayores: perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, desarrollo de la tecnología económica, la urbanización o abandono de las zonas rurales y los progresos en la formación. En la sociedad moderna, la tradición tiene menos importancia que el progreso. La evolución en la tecnología provoca que los jóvenes desplacen a los ancianos del campo laboral, donde la experiencia y el buen hacer interesan menos que la producción.

Teoría de la Subcultura. Postulada por Rose (1962 -1965), se fundamenta en el hecho de que las personas mayores de una misma edad, comparten determinadas circunstancias como la pérdida de seres queridos, viven solos, necesidad o cuidados para la salud, situación económica, intereses culturales y sociales, etc., que les inspira a relacionarse entre sí con mayor frecuencia que con otras edades, creando así una subcultura de la edad.

Esta afinidad de aspectos en común, implica la sensación de encontrar una mayor comprensión entre iguales a los problemas individuales, porque también son experimentados de alguna forma por los demás. Según lo expuesto, ciertos adultos mayores obtienen un envejecimiento satisfactorio, al utilizar o aprender de los recursos personales que son eficaces para los demás (Rose, 1964).

La segunda generación de teorías, aparece entre los años de 1970 y 1985 basándose en las anteriores o en oposición y rechazo a ellas. Entre estas encontramos la teoría de la continuidad, de la competencia social, del intercambio, del ciclo vital y de la estratificación por edades.

Teoría de la continuidad. Desarrollada por Atchley (1971,1972), menciona que la vejez es una continuación de las etapas evolutivas anteriores y que el comportamiento de la persona en este periodo estaría condicionado por las habilidades adquiridas. La teoría

de la continuidad basada en la teoría de la actividad, percibe al individuo en un constante desarrollo. Por tal razón, el mantenimiento de las actividades o la adquisición de otras nuevas, es esencial para una vejez exitosa. Así pues, el proceso de adaptación a los cambios de la vejez se realiza con éxito cuando el individuo ha continuado en actividad. En consecuencia, la continuidad es la clave y puede ser entendida como un objetivo para conseguir esa adaptación.

Teoría de la competencia social. Kuypers y Bengston (1973), se basaron en el interaccionismo simbólico que describe el movimiento circular que existe cuando las personas adultas mayores tienen un concepto negativo de sí mismos que se origina por la imagen que les devuelve su entorno. Este concepto se refuerza con los problemas de salud que atraviesan las personas en la vejez, fortaleciendo la imagen negativa de sí mismos.

Estas ideas se aplican a la competencia social de las personas mayores y a las consecuencias negativas (ruptura) que pueden acompañar las crisis de la vejez (p. ej., la pérdida de la salud, la pérdida del cónyuge). Estos autores, sugieren que la ruptura puede ser revertida mediante el síndrome de reconstrucción social. Al mejorar los apoyos sociales y al favorecer el sentido de fortaleza personal, se promueve la percepción de una mayor competencia.

Teoría del Intercambio Social. Dowd (1975), basándose en Homans (1961) y Blau (1964), abordó la teoría relacionando el intercambio y la vejez; señala que las personas participan del intercambio social según el provecho que obtengan de éste. Manifiesta que los adultos mayores al tener menos recursos para ofrecer a las otras generaciones, no participan en estos intercambios. Como resultado, se disminuye su participación en el intercambio social, ya que sólo lo hacen quienes tienen mejores recursos que ofrecer.

Teoría del Ciclo Vital. En el modelo epigenético de Erikson (1956, 1982, 1974), expone la existencia de ocho fases del desarrollo psicosocial que abarca todo el ciclo vital. Cada fase consta de ciertas tareas, con un tiempo óptimo para completarlas.

En la última etapa habla sobre la integridad vs. la desesperanza, que tiene lugar en la edad adulta donde la persona busca, no solo el bienestar propio y el de su familia, si no a su vez aportar a la comunidad y evitar la desesperanza que siente al no cumplir sus

metas. El sujeto ve en retrospectiva todos los logros que ha conseguido a lo largo de su vida, y cuestiona el valor que tienen. En esta etapa se encuentra más satisfactorio el instruir y dar a los demás que lo que el individuo puede conseguir. Por lo contrario, la desesperanza surge cuando se percata que ha aportado muy poco o nada, del tiempo perdido y empieza un temor a la muerte (Erikson, 1950).

Teoría del Curso de la Vida. Fue desarrollada por Baltes, Reese y Lipsitt (1980), Riley, Abeles y Teitelbaum (1981), se centra en una visión positiva del envejecimiento, señala la posibilidad de un cambio en la vejez, y que, al ser todas las personas diferentes, envejecerán de forma diferente. Esta teoría, se creó en oposición a la teoría del ciclo vital, y en base a esto, el desarrollo es considerado como un proceso continuo que comienza al nacer y finaliza al morir, la vejez es percibida como una etapa de ese continuo en la que puede suceder cambios.

Teoría de estratificación por edades. Propuesta por Riley (1971), después de observar grupos de personas con la misma edad, con circunstancias históricas específicas y otras variables que forman la identidad generacional del grupo y la actitud de los mismos. Esta teoría establece un envejecimiento similar para aquellas personas que nacieron en años próximos, ya que vivieron los mismos cambios y acontecimientos sociohistóricos. La autora ubica a la desigualdad entre las personas mayores, en cualquier cultura y momento histórico, como consecuencia de dos experiencias: las individuales, como cambios físicos y mentales; y las ocurridas en el momento histórico que vivió como guerras, cambios económicos y tecnológicos, entre otros.

1.2. Envejecimiento

Según la OMS (2018), desde una perspectiva biológica, el envejecimiento es el resultado de los daños moleculares y celulares producidos a lo largo del tiempo, lo que desencadena una reducción de las capacidades físicas y mentales, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades e incluso la muerte. El envejecimiento de igual forma, está relacionado con otros cambios de la vida como la muerte de amigos y cónyuge, la mudanza a una morada más adecuada, y la jubilación. La salud pública promueve la

importancia de atender las pérdidas ligadas con la vejez, pero también los aspectos que puedan reforzar el crecimiento psicosocial, la recuperación y la adaptación.

El proceso de envejecimiento cambia según las condiciones sociales, educativas, culturales y económicas. Entre las personas adultas mayores, existen aquellas que están jubiladas y reciben pensiones que les aprueba vivir dignamente, otras aún trabajan y asumen sus propios ingresos, en ciertos casos ayudan con el cuidado de las nietas, nietos o de otros familiares y también hay quienes tienen sus propios negocios. También encontramos a aquellos quienes se enamoran y conviven con una pareja o se casan. Y finalmente están los que realizan actividades deportivas, recreativas, culturales y trabajo comunitario voluntario (CNII, 2019).

1.2.1. Modelo de envejecimiento exitoso

Existen varios conceptos relacionados al envejecimiento con éxito, el mismo que por ser relativamente nuevo, tiene varios sinónimos como el envejecimiento saludable, activo, productivo, óptimo y positivo (Fernández- Ballesteros, 2008).

Uno de los primeros modelos fue propuesto por Rowe y Khan (1997), ellos definen el envejecimiento exitoso como la habilidad para mantenerse con bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas.

Los autores también diferencian entre “envejecimiento exitoso” (EE) y “envejecimiento habitual”, como procesos no patológicos. Mencionan que el envejecimiento exitoso incluye tres componentes (Ver figura 4):

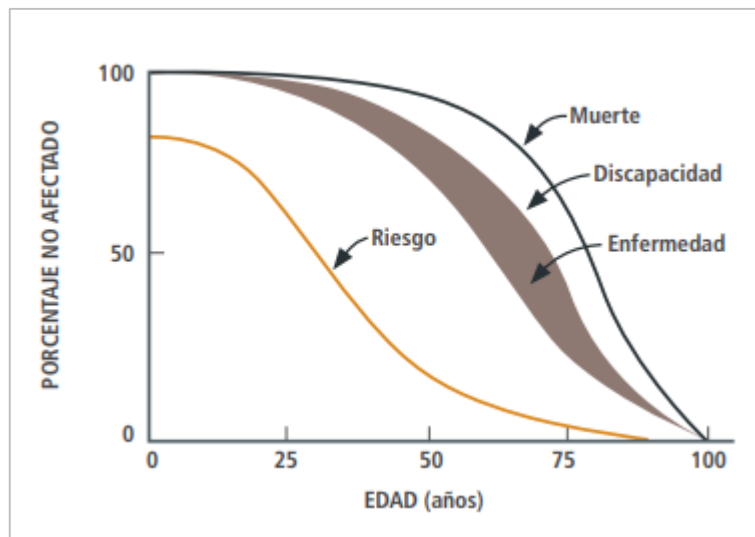
- Que no exista o que haya baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada con esta (Ver figura 5).
- Alta capacidad cognitiva y funcional.
- Un activo compromiso con la vida.

Figura 4: Envejecimiento Exitoso



Fuente: Adaptado de Rowe y Kahn (1997, pág. 434)

Figura 5: Relación de riesgo de enfermedad para presencia de enfermedad, discapacidad y muerte en una población que envejece.



Fuente: Adaptado de Rowe & Kahn (1997, pág. 434)

Los tres términos tienen cierta jerarquía, pero el Envejecimiento Exitoso, es el resultado de no padecer enfermedades, de mantener la capacidad funcional y mental en buenas condiciones y conservar un activo compromiso con la vida.

Cada uno de estos términos, tienen sus características, por ejemplo, la baja probabilidad de enfermedad se refiere también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgo, los cuales la limitan, ya sea por factores ambientales, médicos, genéticos, etc., ese riesgo aumenta, se transforma y se convierte en enfermedad. El hecho de tener intactas las capacidades físicas y cognitivas, se relacionan con la potencialidad de la actividad.

Por último, el tercer componente se refiere al activo compromiso con la vida, tomando así dos formas: la actividad productiva y las relaciones interpersonales, esta última se entiende como los contactos sociales, el intercambio de información, el ser capaz de servir a otros, etc., es decir como algo de valor social. (Castillo, 2010).

Los autores aclaran que lo esencial es la integración entre los diferentes elementos. El concepto de éxito es variable en términos cuantitativos, y el que algunas personas tengan limitaciones en una de las áreas no impide que tengan un envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 1997).

Otros autores como Baltes y Baltes (1990), toman como base el concepto de envejecimiento exitoso ya mencionado de Rowe y Kahn (1997), para proponer un modelo orientado a procesos, donde se hace hincapié que los adultos mayores con deterioros correspondientes a la edad, pueden afrontarlos recurriendo a las estrategias de selección, optimización y compensación (SOC). Este proceso radica en la selección de los objetivos más factibles, optimización de recursos para lograr tales objetivos y compensación de las pérdidas que se convierten en obstáculos para alcanzar esos objetivos. A medida que los individuos envejecen, este proceso autorregulatorio se modifica para adaptarse a las pérdidas y ganancias de recursos, lo cual crea un marco para el desarrollo vital positivo, con el manejo eficaz de las pérdidas y deterioros.

Por otro lado, Fernández-Ballesteros, et al. (2011), abordan el envejecimiento positivo, el cual se basa en tres postulados:

- El envejecimiento se relaciona a los cambios del transcurso de la vida los cuales varían según el individuo, con respecto a la velocidad, al nivel y a la dirección.

- Durante el envejecimiento, las personas pueden optimizar sus recursos biológicos, sociales y comportamentales, compensando a su vez los déficits que puedan mostrarse.
- En la última etapa de vida, el equilibrio entre pérdidas y adquisiciones se va transformando a un estado menos positivo. Este equilibrio está ligado a la muerte y depende de las imágenes negativas y la evaluación subjetiva vinculada socialmente al envejecimiento.

El concepto de envejecimiento positivo es, por lo tanto, un intento de contrarrestar los aportes de autores que analizan en su mayoría aspectos negativos del envejecimiento, mientras que esta teoría se enfoca en aspectos positivos útiles de los adultos mayores, obteniendo una visión más amplia y real del envejecimiento reduciendo sus consecuencias sobre el individuo y la sociedad (Fernández-Ballesteros, 2011).

Por otro lado, desde los años 60 se originó el concepto de envejecimiento activo, refiriéndose a la idea de que para envejecer de manera óptima hay que llevar a cabo patrones de actividad, que influyen tanto en la edad adulta como en la vejez. Lo que generó el concepto de envejecimiento activo que se ha ido estructurando a lo largo de estos años (Limón, 2018).

Dentro de este campo la OMS (2002), propone un modelo de envejecimiento activo definiéndolo como un proceso para mejorar la participación, las oportunidades de salud y seguridad de las personas para aumentar su calidad de vida durante el proceso de envejecimiento, aplicándolo tanto a los individuos como a los grupos de población. Por lo tanto, posibilita potenciar el bienestar mental, físico y social a lo largo de sus etapas de vida, a la vez se les brinda seguridad, protección y cuidados necesarios.

De acuerdo a la OMS (2002), el envejecimiento activo depende de diversas determinantes que rodean a las familias, las naciones y personas. Estas determinantes pueden emplearse a todas las personas de cualquier edad, enfocándose más en la salud y la calidad de vida de los adultos mayores (Ver figura 6).

Figura 6: Los determinantes del envejecimiento activo.



Fuente: (OMS, 2002, pág. 82)

Determinantes transversales: la cultura y el género. La cultura que nos rodea, norma la manera en la que envejecemos ya que, interviene en todas las demás determinantes. A través del sexo se puede visualizar la capacidad de las distintas políticas establecidas y la forma como estas afectarán al bienestar de hombres y mujeres.

Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales. Los sistemas sanitarios deben tomar en cuenta cada etapa del ciclo vital, promover la salud, brindar acceso a una atención primaria, una asistencia continua y de calidad, y a la prevención de enfermedades.

Determinantes conductuales. El adoptar un estilo de vida saludable y participar de manera activa en nuestro autocuidado, es esencial en todas las etapas de la vida. En la vejez el adoptar ese estilo de vida puede prevenir cualquier tipo de discapacidad, el deterioro funcional, a su vez prolongar la longevidad y aumentar la calidad de vida.

Determinantes relacionados con el entorno físico. Se debe tener en cuenta que el entorno en los adultos mayores puede marcar la diferencia entre dependencia e independencia, la presencia de condiciones medioambientales y de servicios de asistencia accesibles y asequibles para todas las personas pueden aportar positivamente a un

envejecimiento activo. Un factor importante de tener un entorno físico adecuado es el hecho de prevenir las lesiones, que en el caso de un adulto mayor son más graves y frecuentes.

Determinantes relacionados con el entorno social. El mantener una red de apoyo social, una educación continua y oportunidades para acceder a esta educación, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso por terceros, son factores que aumentan la participación, la seguridad y la salud a medida que las personas cursan el ciclo vital.

Determinantes económicos

- ☞ Los ingresos. Es importante que el envejecimiento activo se enlace con proyectos políticos para reducir la pobreza de toda edad. Ya que las consecuencias de esta en los adultos mayores los vuelve más vulnerables (Guralnick & Kaplan, 1989).
- ☞ La protección social. Los países demandan con más prioridad la implementación de mecanismos que provean de protección social a los adultos mayores que no están en capacidad de ganarse la vida, que se encuentran solos y que son vulnerables.
- ☞ El trabajo. Si en el mundo existieran oportunidades de un trabajo digno para toda la población desde su juventud, se llegaría a la etapa de la vejez con una capacidad de seguir aportando en la fuerza laboral. El trabajo voluntario incrementa los contactos sociales y el bienestar mental en el caso de los adultos mayores, a su vez estos aportan de forma valiosa a sus comunidades y naciones.

Determinantes relacionados con los factores personales

- ➔ Biología y Genética. El envejecimiento es el resultado de procesos biológicos determinados por la genética. En el cual ocurre una disminución gradual de las funciones, lo que aumenta el riesgo de padecer enfermedades relacionadas a la edad y se pierde la respuesta de adaptación a la agresión (Kirkwood, 1996).
- ➔ Factores psicológicos. Los factores como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva son fuertes predictores de la longevidad y el envejecimiento

activo (Smits, Deeg, Kriegsman, & Schmand, 1999). A medida que envejecemos, ciertas capacidades cognitivas disminuyen con la edad de forma natural. No obstante, estas pérdidas pueden compensarse por un aumento de los conocimientos, la experiencia y la sabiduría.

La autoeficacia, entendida como la confianza que tienen las personas en su capacidad para ejercer el control de sus vidas, está asociada a las decisiones sobre su propia conducta y a la preparación para la jubilación a medida que envejecen. La manera en la que afrontan las situaciones adversas determinan que tan bien se adaptan a las transiciones y las crisis de la vejez.

A continuación, en la Tabla 1, se resumen los determinantes del envejecimiento activo y los factores que constituyen cada uno de ellos.

Tabla 1: Determinantes del Envejecimiento Activo

DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	
Determinantes Transversales:	Cultura Género
Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales	Promoción de la salud y prevención de las enfermedades Servicios curativos Asistencia de larga duración Servicios de salud mental
Determinantes conductuales	El tabaquismo La actividad física La alimentación sana Salud bucal El alcohol Los medicamentos Cumplimiento terapéutico

Determinantes relacionados con el entorno físico	Entornos físicos La seguridad de la vivienda Las caídas Agua limpia, aire puro y alimentos sanos
Determinantes relacionados con el entorno social	El apoyo social Violencia y abuso Educación y alfabetización
Determinantes económicos	Los ingresos La protección social El trabajo
Determinantes relacionados con los factores personales	Biología y Genética Factores psicológicos

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2002, pág. 82-90).

Muchos factores de riesgo, niveles funcionales y de actividad son modificables, ya sea por la misma persona, o a través de un cambio en el medio ambiente. Por lo tanto, es necesario proporcionar intervenciones dirigidas a identificar estrategias eficaces para obtener un envejecimiento exitoso (Petretto, Pili, Gaviano, López, & Zuddas, 2016).

En lo mencionado anteriormente, en la mayoría de modelos de envejecimiento exitoso, activo, positivo, etc., se resalta el hecho de desarrollar de manera apropiada factores como físicos, sociales, psicológicos, entre otros. En los adultos mayores para aumentar su calidad de vida y bienestar, nos enfocamos en el último factor mencionado, específicamente en potenciar la autoeficacia.

CAPÍTULO II

AUTOEFICACIA

2.1. Concepto.

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura (1977), el cual representa la base de su teoría social cognitiva. El postulado de esta teoría, hace referencia a que la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían presentes tres tipos de expectativas:

1. Las expectativas de la situación, donde las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.
2. Las expectativas de resultado, referidas a la creencia de que una conducta dará como efecto determinadas consecuencias.
3. Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer habilidades para actuar de forma adecuada y así obtener resultados eficaces.

La autoeficacia es definida como *“los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”* (Bandura, 1986, pág. 373), destacando que este concepto hace referencia a la opinión que tenga la persona sobre lo que puede hacer con los recursos que dispone (Pavon & Zariello, 2011).

Bandura (1997), también menciona que existe una influencia de la autoeficacia y la forma en cómo la gente siente, piensa y actúa:

- Primero, en cuanto a los sentimientos, un bajo nivel de autoeficacia se relaciona con el desamparo, la depresión y la ansiedad.
- Segundo, ciertas creencias sobre la eficacia intervienen en los pensamientos para estimular o desvalorizar a las personas, igualmente se interponen en su nivel de optimismo o pesimismo, y

- Tercero, en la forma en como ellas eligen para lograr y cumplir las metas propias.

2.1.1. Orígenes de la autoeficacia.

Bandura (1997), menciona que las creencias de autoeficacia se establecen a partir de cuatro fuentes que otorgan la información necesaria para crear dichas creencias.

- 1. Experiencias directas.** Conforman la fuente principal de información de autoeficacia y tienen gran influencia ya que se basan en las propias experiencias de dominio. El éxito o fracaso en una tarea dan origen a las creencias de autoeficacia. Por una parte, el éxito las fortalece, mientras que el fracaso las reduce. A pesar de esto, el pensar sólo en el éxito hace que la persona se desanime cuando el resultado no es el esperado. De modo que, un grado de dificultad ayuda a que la persona persevere y convierta los fracasos en éxitos, utilizando sus propias capacidades para controlar el ambiente.
- 2. Experiencias vicarias o aprendizaje por observación.** Bandura, sostiene que el hecho de observar a otros realizando acciones sin consecuencias negativas genera la expectativa de que es posible realizar una tarea si uno incrementa sus esfuerzos y persiste. También manifiesta que, mediante la observación de los logros de otros, la persona se compara y se ve a sí misma ejecutando una situación igual. Esta fuente se vuelve importante cuando las personas no conocen sus capacidades, tienen poca experiencia o nunca desempeñaron la conducta observada.
- 3. Persuasión Verbal.** Cuando la gente recibe apreciaciones fundamentadas en juicios de valor de personas cercanas, con respecto a sus competencias para alcanzar el éxito, estas apreciaciones parece que pueden aumentar la percepción de autoeficacia, lo cual motiva a la persona a esforzarse más o a desarrollar nuevos métodos para lograr sus objetivos.

Este incremento de la autoeficacia será temporal de no tener las experiencias necesarias. La persuasión verbal es la fuente de información menos eficaz, ya que las personas, no incrementan sus expectativas sólo porque alguien les diga que lo hagan (Busot, 1997).

- 4. Activación fisiológica.** Los estados emocionales de la persona influyen en el sentido de autoeficacia. Debido a eso, la activación fisiológica presentada en estrés, estado de ánimo, ansiedad y miedos, afectan el desempeño. Según esto las personas suelen evaluar si sus emociones afectan o no su desempeño exitoso.

Las creencias de autoeficacia pueden aprenderse, perfeccionarse e incrementarse y son fundamentales para el desarrollo personal porque influyen en las propias emociones, creencias y comportamientos, y de igual manera es esencial para alcanzar logros y objetivos.

2.1.2. Características de las personas con alto sentido de autoeficacia

Según Bandura (1986, 1993), las personas que poseen un alto sentido de eficacia personal se caracterizan por:

- * Percibirse como capaces de afrontar con éxito una situación determinada.
- * Elaborar esfuerzos más activos, intensos y persistentes.
- * Proponerse metas desafiantes y comprometerse con las mismas.
- * Esforzarse y trabajar extensamente cuando se enfrentan con dificultades, con el fin de superar el desafío que implican las mismas; afrontándolas como un reto a ser alcanzado. El fracaso, lo atribuyen a un esfuerzo insuficiente, al desconocimiento o a la falta de habilidades necesarias. Y recobran rápidamente su sentido de eficacia después del fracaso u obstáculos.
- * Mostrarse seguros, disminuir sus miedos anticipatorios y sus inhibiciones, y ejercer el control sobre las situaciones amenazantes. Con ello obtienen

experiencias que refuerzan su sentido de eficacia, eliminando sus miedos y su conducta defensiva.

- * Un fuerte sentido de eficacia aumenta el logro personal, estimula el interés y un disfrute por las actividades que se realizan, por otro lado, reduce el estrés y la vulnerabilidad a la depresión.

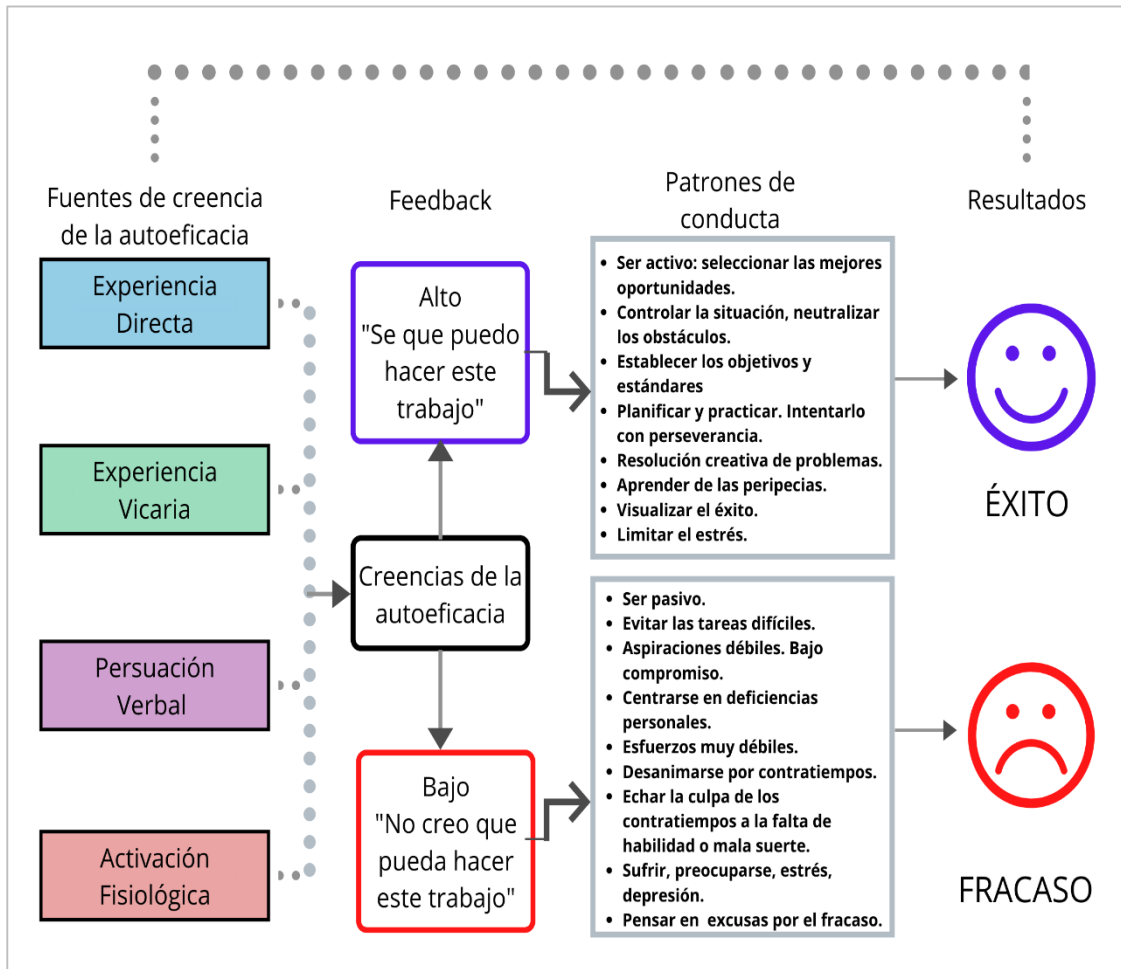
2.1.3. Características de las personas con bajo sentido de autoeficacia

Al contrario, como menciona Bandura (1986, 1993), las personas que poseen un bajo sentido de eficacia personal tienen las siguientes características:

- ◆ Se sienten inseguros de sus capacidades e ineficaces para enfrentar determinadas demandas del entorno.
- ◆ Retardan sus esfuerzos.
- ◆ Poseen bajas aspiraciones y un compromiso débil con las metas escogidas.
- ◆ Se centran en autoevaluarse y no en cómo desempeñarse de manera exitosa.
- ◆ Recobran su sentido de eficacia de forma lenta cuando han vivido un fracaso o dificultades.
- ◆ Tienden a exagerar sus deficiencias y las posibles dificultades del medio, generando ansiedad. Siendo vulnerables al estrés y depresión.
- ◆ Evaden las tareas difíciles, pues las perciben como amenazas personales; lo cual provoca que disminuyan sus esfuerzos o desistan al enfrentarse a ellos. En estas situaciones se centran en los obstáculos que encontrarán y en los resultados negativos; manteniendo sus expectativas autodebilitantes.
- ◆ Suelen atribuir su desempeño insuficiente a factores externos, por lo que no experimentan el fracaso al perder la confianza en sus capacidades.

En la Figura 6, tomado de Bandura (1989), adaptado por Méndez (2020), se describe el proceso de las personas con alto o bajo sentido de autoeficacia, desde las fuentes de las creencias hacia la obtención de éxito o fracaso.

Figura 7: Modelo de la Teoría de la autoeficacia de Bandura.



Fuente: Adaptado de Méndez (2020, pág. 31)

2.2. Autoeficacia en el adulto mayor

El concepto de autoeficacia se lo incluye recientemente en el campo de la Gerontología y debido a eso existen pocas investigaciones al respecto. A partir de lo descrito en los anteriores temas, este constructo es fundamental en la conducta humana, y dado al creciente envejecimiento poblacional, es necesario el estudio de todos los aspectos que influyen en el bienestar de la vejez y que origina lo que llamamos "envejecimiento

exitoso". Dentro de esta área surgió el concepto de Autoeficacia para envejecer, haciendo referencia a la percepción que tiene la persona sobre el control que ejercerá en las áreas cognitiva, física funcional, socio emocional y salud (Fernández-Ballesteros, y otros, 2010).

En una investigación realizada en el 2012 se estudia la relación entre autoeficacia para envejecer y bienestar psicológico. Se logra encontrar una correlación positiva entre estas dos variables, sugiriendo entonces que los adultos mayores que se perciban como eficaces al momento de afrontar las consecuencias que están ligadas a la etapa de la vejez y el transcurso de los años, sentirán un mayor nivel de bienestar psicológico (Pavon, 2012).

Se demostró que cuando las personas presentan altos niveles de autoestima experimentan un mayor bienestar, y por lo tanto una buena salud en general (Fernández-Ballesteros et al., 2002; Simões, y otros, 2003). Los niveles elevados de autoeficacia se pueden promover si es que la persona posee y se percibe con una buena salud, esto posibilita que el individuo participe en actividades físicas, sociales y recreativas, incrementando así el bienestar (Carvalho et al., 2012; Vivaldi & Barra, 2012). De esta manera, la autoeficacia, se encuentra relacionada con la autoestima, puesto que los niveles de autoeficacia determinaran en qué grado la persona se implica y persiste en la realización de una tarea, lo que también influirá en su resultado, a su vez en la autoestima y por consiguiente en el bienestar. Como resultado, se obtiene que, por un lado, una elevada autoeficacia promueve una percepción positiva de las propias capacidades y con pensamientos que motivan a la acción; mientras que, por lo contrario, una baja autoeficacia puede provocar dificultades para superar los obstáculos afectando de forma negativa a la autoestima (Bandura, 1997).

Por lo tanto, la autoeficacia actúa como protector ante las conductas nocivas para la salud, promoviendo la actividad física y la regulación emocional (Fernández-Ballesteros, 2008; Navarro et al., 2006; Reigal & Videra, 2013). La autoeficacia puede afectarse por los cambios asociados al envejecimiento, debido a eso los adultos mayores necesitan reevaluar su eficacia en los aspectos que han sido afectados por los cambios

biológicos significativos, mejorar sus talentos, focalizar sus esfuerzos en intereses específicos y controlar sus comportamientos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

El hecho de confiar en las propias capacidades ayuda a proponerse metas nuevas que impliquen un grado de desafío, donde la persona pueda usar las estrategias necesarias para alcanzar el logro. El poseer elevadas creencias de autoeficacia, implica que se cuenta con las capacidades necesarias para controlar y dominar el ambiente (Arias & Pavón, 2013).

La autoeficacia para las personas mayores indica una importancia en sus capacidades físicas e influye en su participación activa para la búsqueda de soluciones a sus problemas diarios. Este sentimiento puede entenderse como empoderamiento relacionado al sentido de autonomía, sensación de control y satisfacción (Iacub & Arias, 2010).

2.3. Variables demográficas y autoeficacia

Al revisar la literatura con respecto al tema, se encontraron varios estudios que demuestran la influencia de las variables demográficas en el nivel de autoeficacia. Entre los más relevantes están los estudios que se describen en los siguientes párrafos:

Sexo

Uno de los estudios habla sobre las Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia, en el cual uno de los resultados relevantes era la puntuación más alta en los hombres que en las mujeres en cuanto a las variables de autoestima, autoeficacia y satisfacción vital (Reina, Oliva, & Parra, 2010).

Otra investigación se enfocó en el género, autoeficacia e identificación guerrera en el personal del ejército canadiense. Según los resultados obtenidos indicaron diferencias significativas en cuanto al género, puesto que las mujeres mostraron niveles más bajos de autoeficacia y confianza en sus habilidades que los hombres (Wood & Charbonneaub, 2017).

Edad

Por otro lado, se realizó un estudio sobre Niveles de autoconcepto, autoeficacia y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. En dicho estudio se encontró como resultado que los estudiantes universitarios poseen un nivel de autoeficacia superior con respecto a los jóvenes y adolescentes (Veliz-Burgos & Apodaca, 2012).

También se encontró otra investigación basada en la Autoeficacia y Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios. Los resultados encontrados indican que la variable de edad afecta significativamente en cuanto al nivel de autoeficacia encontrado en los estudiantes (Serra J. A., 2010).

Estado de salud

En un estudio realizado por el Departamento de Enfermería en la Universidad de Antofagasta en Chile, se descubrió que una elevada autoeficacia brinda al adulto mayor la sensación de un bienestar psicológico sobre el estado de salud física que presentan, mostrando así una relación con las variables de depresión, calidad de vida relacionada con salud, temor a las caídas, autopercepción de salud con la autoeficacia general percibida y el estado nutricional (Tapia, y otros, 2017).

Otra de las investigaciones en la que González-Celis menciona, que el mantenimiento funcional en la vida cotidiana de la persona mayor previene y disminuye su deterioro físico, psicológico y social y brinda una mejor calidad de vida. De igual manera, subir gradas, caminar, salir a pasear en bicicleta o cuidar el jardín, tienen efectos beneficiosos para la salud, ya que incrementan la energía vital y ayudan a mantener el tono muscular (González-Celis, 2013).

Red de apoyo/ convivencia

También hay autores como Núñez y Romero quienes 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), lograron tener una mejor calidad de vida (Soto-Añari, Núñez, & Romero, 2013).

Se destaca en una investigación que, en el caso de las personas adultas mayores, la atención a los problemas relacionados con el deterioro en la salud va de la mano con la falta de redes sociales de apoyo. Es por eso que se ve necesario establecer vínculos con la familia, la comunidad, los amigos, las instituciones de servicios sociales y de atención a la salud para poder enfrentar los retos de un desarrollo humano y social en un contexto de mayor envejecimiento (Montes de Oca & Macedo de la Concha, 2015).

CAPÍTULO III

TALLER PARA FOMENTAR LA AUTOEFICACIA

3.1. Concepto

Un taller es un proceso de aprendizaje que requiere una debida planificación y estructura, implicando a los participantes del grupo y con una finalidad específica (Campo, 2015). Según el programa país de Perú lo define también, como una forma de capacitación activa, creativa, colectiva, vivencial, concreta y sistemática; a través del cual se originan los conocimientos, para modificar la realidad (PLADES, 2016). Son espacios para la recreación, re-elaboración y re-construcción de afectos y conocimientos. Además, la participación es voluntaria para ambas partes, tanto para los facilitadores como para los integrantes del grupo (Mejía, García, & Soto, 2011).

Según Campo (2015), el taller debe estar estructurado de la siguiente forma:

- ◇ Introducción. Diseño del taller.
- ◇ Acción. Ejecución del taller, bienvenida, presentación y descripción del taller, establecimiento de objetivos, actividades individuales y en grupo, participaciones, resultados, entre otros.
- ◇ Cierre. Presentación de los resultados, retroalimentación, planificación a cumplir, valoración y efectos.

Un taller se puede diseñar de varias formas, manteniendo coherencia, siendo dinámico y atractivo para los participantes. El contenido y la forma va a depender del objetivo del taller y de las necesidades de los integrantes.

Como se menciona en lo expuesto del informe de PLADES (2016), los talleres pueden ser: de sensibilización, de información, de capacitación y de reflexión.

- Δ *Taller de sensibilización.* Para que el grupo se adentre a una problemática determinada, el facilitador debe tomar en cuenta los sentimientos e ideas que aparezcan frente a la problemática, para luego guiarlas.

- Δ *Taller de información.* Se aplica para incrementar el conocimiento sobre un aspecto específico, ofreciendo información al respecto. Estos talleres deben ser lúdicos y dinámicos.
- Δ *Taller de capacitación.* Prepara a los participantes para que dominen alguna técnica, habilidad o destreza, con ayuda de actividades que incluyan una participación más activa. Se recomienda actividades grupales para generar vínculos y promover la estructuración colectiva de conocimiento.
- Δ *Taller de reflexión.* Están enfocados en lograr un cambio de actitud, creencias o forma de ver la vida. Planteando dinámicas y actividades reflexivas.

3.2. Características de los talleres

- a. Las actividades se enfocan en un tema específico que se elaboran continuamente.
- b. Los participantes aprenden poniendo en práctica los conocimientos adquiridos.
- c. Todas las tareas, acciones, contenido de los talleres y su eficacia, se analizan e interpretan de tal modo que se crean espacios de reflexión.
- d. Se da un aprendizaje a través de los errores, tomando en cuenta que la crítica es creativa, integradora y positiva.
- e. La evaluación se realiza de manera conjunta entre capacitadores y colaboradores.
- f. Los participantes aportan con su vivencia personal, creatividad y crítica, a través de eso crean su propia experiencia y no se consideran solamente espectadores.
- g. Se maneja con trabajo en equipo. Tanto los capacitadores como los participantes aprenden y enseñan. El equipo desarrolla un conocimiento propio basándose en la reflexión, el trabajo y el interaprendizaje obtenido en los talleres.
- h. Se produce un ambiente de colaboración.
- i. Los capacitadores a través de una relación fundamentada en el dialogo, permiten que los participantes realicen las tareas de forma eficaz.

- j. Los facilitadores son los responsables del grupo y lo guían para alcanzar el objetivo del taller.
- k. Se deja a un lado la actitud paternalista del docente y pasiva del participante, formando una relación entre facilitador-participante basada en un trabajo conjunto (PLADES, 2016).

3.3. Taller de autoeficacia: bases teóricas

En un taller de capacitación donde se genera aprendizaje se requiere a veces desaprender, es decir, dejar a un lado los prejuicios fijos, para dar paso a nuevas alternativas.

Para la elaboración de un buen taller se debe tomar en cuenta estos tres aspectos:

- ❖ El taller debe estar individualizado para los participantes, según sus necesidades y el objetivo del mismo. Se puede utilizar las siguientes preguntas: ¿Qué se quiere conseguir con el taller? ¿Qué requieren los participantes? Si no se toma en cuenta las necesidades de los integrantes, por más excelente que sea el diseño del taller este puede fracasar.
- ❖ Cualquier actividad realizada, debe acompañarse de un espacio de reflexión, debido a que esta genera el aprendizaje. Mediante la reflexión se logra identificar y analizar los sentimientos, experiencias y conocimientos adquiridos de cada actividad presentada; de igual manera, se requiere una debida retroalimentación de lo trabajado durante el taller.
- ❖ Un taller exitoso debe ser dinámico, que enganche a los participantes e implique una actitud activa. Debido a esto, se debe tomar en cuenta la variedad durante el diseño del taller como: exposiciones breves, discusiones, trabajo en equipo, entre otros (Campo, 2015).

Según la información recopilada a lo largo de la investigación, no solo se logró encontrar datos que sustenten la base teórica del estudio, sino también la posibilidad de proponer un dispositivo de intervención enfocado en talleres de autoeficacia para aumentar el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores.

Montorio e Izal (1999), aseveran que existen efectos positivos al fomentar la sensación de control en los adultos mayores, tanto para los que viven en el hogar como para los que permanecen en residencias. Consideran que es esencial el permitir a las personas la posibilidad de elegir situaciones en las que sientan que sus esfuerzos son útiles.

En un estudio clásico de Langer y Rodin (1976), se ha demostrado la relación entre la percepción de control y el bienestar, de acuerdo a esto plantean varias condiciones para promover el sentimiento de competencia en los adultos mayores:

- ☑ La posibilidad de que los adultos mayores elijan debe ser real y no estar establecida.
- ☑ Los mensajes proporcionados no deben fomentar sentimientos de indefensión, puesto que la posibilidad de control debe adecuarse al nivel de capacidad que tenga la persona.
- ☑ Los individuos deben anhelar ejecutar la elección y sentir que es importante para ellos.
- ☑ Evitar situaciones donde se fomente el control y en el cual las personas experimenten que sus esfuerzos no tienen sentido.

Bandura (1994), propone fomentar las creencias de autoeficacia a partir del aprendizaje de habilidades que llevan al automonitoreo y a la autorregulación, permitiendo ejercer control tanto sobre uno mismo como en los demás. A su vez, favorece las autoguías, las autocreencias y la automotivación. De igual manera, plantea un modelo para modificar el comportamiento fundamentado en la perspectiva de la autoeficacia y se sustenta en tres bases que son:

- ◆ Los determinantes personales.
- ◆ La conducta.
- ◆ Las influencias ambientales.

Dichos elementos conforman una tríada recíproca que funciona en interacción. En las determinantes personales los individuos evalúan e interpretan sus propios pensamientos y experiencias. Bandura (1977), menciona la existencia de un autosistema que permite a las

personas controlar sus creencias y el medio ambiente, que a su vez influyen en las conductas posteriores. De esta manera, el autosistema realiza evaluaciones personales que intervienen en la propia percepción de autoeficacia. A través de este modelo, propone cuatro variables para poder conseguir un aumento en los niveles de las propias capacidades y, como consecuencia, incrementar los niveles de desempeño y resultados exitosos (Ver figura 8).

Figura 8: Variables para aumentar las capacidades

<p>Información disponible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es de relevancia social, ya que si consideran al envejecimiento como una lucha contra el declive, en consecuencia se da una pérdida de motivación en el adulto mayor, obstaculizando sus metas y aspiraciones.
<p>Desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transformar la información disponible en acciones y conductas. • Implicarse en situaciones que ayuden a reforzar las creencias sobre sus propios dominios.
<p>Mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr el desarrollo personal. • Se centrara la atención en los orígenes de la autoeficacia, que son: la experiencia directa, experiencia vicaria, persuasión verbal, y activación fisiológica
<p>Red de apoyo social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permite mantener las conductas adquiridas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Bandura (1994, pág. 71-81), Rice, Lóckenhoff y Carstensen (2002, pág. 142-143).

Al momento de trabajar en la autoeficacia, según Herrera et al. (2013), las personas con alta autoeficacia suelen mostrarse más optimistas en cuanto a sus capacidades, están más preparadas para tomar decisiones relacionadas con sus vidas y se proponen lograr metas. Una vez alcanzado un alto nivel de autoeficacia se reduce la ansiedad, se mira desde otra perspectiva a los problemas, siendo estos obstáculos a superar y ya no situaciones amenazantes. Se llega a la conclusión de que, si las personas adoptan hábitos

saludables, deben estar convencidas de poder conseguirlos, de lo contrario dejarán de esforzarse y culparán a su inseguridad por los fracasos.

3.3.1. Corrientes psicológicas complementarias

La intervención psicológica con el adulto mayor, permite aplicar los conocimientos del tema para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las alteraciones o trastornos mentales en los procesos de salud y enfermedad (Bados, 2008). Con referencia a lo anterior, existe la necesidad de generar estrategias de promoción y prevención en la población de ancianos

Una de las opciones más eficaces y aplicables con respecto a la terapia psicológica en adultos mayores es la cognitivo-conductual (Contreras, y otros, 2006). Esta terapia no exige trabajar con recuerdos infantiles ni intervenciones largas. Se la aplica en forma de clases y los adultos mayores no se autodefinen como enfermos mentales. La edad o etapa de vida en la que se encuentren no es importante para su aplicación, ya que los cambios se pueden dar en cualquier momento de su vida (Hernández, 2005).

En la intervención enfocada en la psicología humanista existencial, Zapata (2016); Restrepo et al. (1993), enfatizan en los efectos positivos de esta intervención y sus técnicas, puesto que este enfoque toma en cuenta las potencialidades humanas para conseguir un equilibrio en aspectos como relaciones humanas, autopercepción, autoexpresión y sentido de vida en los adultos mayores.

Finalmente, Ruch, Proyer y Weber (2010), mencionan que la psicología positiva puede promover el envejecimiento saludable cuando se beneficia la adaptación a los cambios ligados a la vejez e impulsa experiencias emocionales positivas (felicidad, placer, bienestar con el pasado, esperanza en el futuro), rasgos positivos (fortalezas de carácter) y fomenta vínculos positivos. A pesar de que la atención psicológica con enfoque clínico se ha centrado en atender lo físico y prevenir las enfermedades, la psicología positiva refuerza la idea de que el entrenamiento positivo que se dirige a el empoderamiento y la autoeficacia, pueden proveer un envejecimiento exitoso (González, Piza, & Sánchez, 2020).

3.4. Actividades para desarrollar la autoeficacia

A partir de estos postulados se usarán las siguientes estrategias para aumentar la autoeficacia general. Se tomará como base diferentes enfoques de intervenciones psicológicas de donde se podrían utilizar las siguientes actividades:

Cognitivo-Conductual

- Psicoeducación
- Modelado
- Ensayo conductual
- Reforzamiento positivo
- Relajación progresiva
- Resolución de problemas
- Entrenamiento en habilidades sociales

Gestalt:

- Silla vacía
- Me hago responsable
- Arte terapia

Psicología Positiva

- Diario de las emociones positivas
- Métodos experimentales para inducir emociones positivas
- Definir y evaluar los objetivos y los logros.
- Resiliencia

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

La presente investigación se realizará en el Centro de Atención del Adulto Mayor (CAAM), se trata de un estudio de tipo cuantitativo y de alcance descriptivo mediante el cual se pretende analizar las estrategias adecuadas para desarrollar la percepción de autoeficacia en los adultos mayores del CAAM.

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivo general:

Determinar cuáles son las estrategias adecuadas para desarrollar la percepción de autoeficacia en los adultos mayores del CAAM.

4.2.2. Objetivos específicos:

- ✓ Determinar cuál es el nivel de autoeficacia en los adultos mayores del CAAM.
- ✓ Identificar cuáles son las variables demográficas que influyen en el nivel de autoeficacia.
- ✓ Diseñar talleres encaminados a fortalecer la autoeficacia en los adultos mayores del CAAM.

4.3. Población de estudio y muestra seleccionada.

El Centro de Atención al Adulto Mayor (CAAM), es un programa de envejecimiento activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que tiene como objetivo la prevención y el mantenimiento de la salud de los adultos mayores, en el cual

se pretende evitar que tengan problemas de enfermedades físicas, mentales, sociales, nutricionales y biológicas. Dentro de los servicios que presta este centro, es el realizar valoraciones integrales a cada adulto mayor del CAAM, abarcando las áreas médica, social, psicológica, nutricional y física (2.500 Usuarios en Centro de Atención al Adulto Mayor, 2019).

El universo está constituido por 1.200 adultos mayores de la institución. La muestra se seleccionó a partir de los grupos que integran los talleres de intervención psicológica, a partir de eso se realizará la investigación con una muestra de 100 adultos mayores jubilados de forma voluntaria de ambos sexos. La edad de los participantes es de 60-91 años ($M=70.1$; $DE=6.51$)

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Adulto mayor
- Ser un usuario del CAAM.
- Personas desde los 60 años en adelante.
- Participación voluntaria en el estudio

Criterios de exclusión

- Deterioro cognitivo moderado o grave
- Discapacidad que impida acceder a los test
- Alteraciones psiquiátricas que impidan el acceso al test

4.5. Instrumentos de recolección de información

4.5.1. Encuesta de datos sociodemográficos

Para determinar la variable de autoeficacia en los adultos mayores se tomó en cuenta varios aspectos que están relacionados con su sexo, edad, estado civil, vivienda, condición de convivencia (personas con quienes vive), el nivel de escolaridad, trabaja actualmente, si presenta alguna enfermedad y si toma medicamentos. A partir del análisis de

estos datos se podrá determinar la influencia de los mismos relacionados con el nivel de autoeficacia (Ver anexo 1).

4.5.2. Escala de Depresión CES-D

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES–D por sus siglas en inglés (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) fue desarrollada por Lenore Sawyer Radloff en 1977 como instrumento para detectar casos de depresión basándose en los síntomas, antes del establecimiento de los manuales diagnósticos y clínicos de la CIE–10 y el DSM–IV.

La CES–D se diseñó de forma auto aplicable donde se registran los síntomas depresivos y sus manifestaciones en los últimos siete días (semana pasada), la misma que consta de 20 ítems. La escala es práctica dada su brevedad y debido a que no se necesita personal especializado para su aplicación y calificación, lo que implica un bajo costo y un alto beneficio porque se puede emplear en contextos que no están inmersos en la práctica clínica o psiquiátrica (González, Wagner, & Jiménez, 2012).

(Ver Anexo 2)

4.5.3. Escala de Autoeficacia General validada al contexto ecuatoriano

La escala fue creada por Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer en el año 1979 en el idioma original alemán. Evalúa la percepción de la autoeficacia general, la cual ayuda a enfrentar problemas cotidianos, situaciones estresantes y que logren adaptarse de forma adecuada (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

La escala de autoeficacia general consta de 10 ítems que se valoran a través de una escala Likert de cuatro puntos. En la escala original la traducción de las etiquetas de la escala Likert fueron: 1= Completamente falso, 2= Algunas veces falso, 3= Algunas veces cierto, y 4= Completamente cierto, las cuales reportaron algunos problemas de comprensión. En la versión validada para Ecuador las etiquetas Likert fueron

modificadas según se indica: 1= Nunca, 2= Pocas veces, 3= Muchas veces, 4=Siempre (Bueno et al., 2018) (Ver anexo 3).

4.6. Procedimiento de recolección de información

Luego de haber obtenido la autorización de la Coordinadora del Centro de Atención al Adulto Mayor del IESS, se consiguió el permiso para realizar el estudio con los adultos mayores que participan en los talleres de psicología. Posteriormente, en coordinación con los instructores del taller, se organizaron los días y horas para la aplicación de las encuestas, tomando en cuenta los horarios de mayor concurrencia y grupos que cumplan con los criterios de exclusión e inclusión.

Durante el mes de enero del año 2020, se realizó la recogida de información, inicialmente se socializaba con una breve explicación sobre el estudio, luego de ello se les impartió indicaciones del cómo responder a los test. Ante las inquietudes que se dieron en el proceso, los encuestadores estuvimos presentes para dar las indicaciones y aclaraciones necesarias o para brindar ayuda individual.

Primero, se procedió a llenar la encuesta de datos sociodemográficos y a completar los instrumentos psicológicos mencionados anteriormente. Este proceso duro de 20 a 25 minutos por grupo. Una vez obtenidas las referencias necesarias se llevó a cabo la debida calificación de los instrumentos y se elaboró la base de datos.

4.7. Procesamiento de datos

Los resultados se expresan mediante medidas de tendencia central y dispersión; el procesamiento fue realizado en el programa SPSS V25, el comportamiento de datos resultó no normal según la prueba Kolmogorov Smirnov ($p>0.05$) por lo que se emplearon pruebas no paramétricas de comparación: para dos grupos la prueba Kolmogorov Smirnov y para más de dos grupos la prueba H-Kruskall Wallis, donde se consideró una significancia de 0.05 ($\alpha=0.05$).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Cuantitativos

Después de indicar el proceso metodológico que se utilizó para la presente investigación, se dará a conocer los resultados obtenidos por el programa estadístico SPSS 25, a manera de figuras y tablas descriptivamente.

5.1.1. Características de los participantes

La muestra de este estudio la integraron adultos mayores, 23 hombres (23.0%) y 77 mujeres (77.0%) en su mayoría entre los 60 y 70 años; de los cuales 47 participantes (47.0%) están casados, 87 (87.0%) de ellos poseen vivienda propia, mientras que 66 adultos mayores (66.0%) viven con su familia nuclear. En cuanto al nivel de estudios, las respuestas más altas corresponden a adultos “con bachillerato”, 41 participantes (41.0%). En relación a la pregunta de si continúan trabajando 85 participantes (85.0%) respondieron negativamente. Respecto a si padecen o no de una enfermedad, 91 participantes (91.0%) responden afirmativamente, de igual forma aquellos que consumen medicamentos, 91 colaboradores (91.0%) respondieron afirmativamente. En la Tabla 2 se exponen con más detalle las características sociodemográficas antes mencionadas:

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes

Características		%
Sexo	Hombre	23.0
	Mujer	77.0
Edad	60-70	66.0
	71-80	33.0
	81-91	1.0
Estado Civil	Casado	47.0
	Viudo	23.0

	Divorciado	13.0
	Soltero	16.0
	Unión Libre	0.0
	Otro	1.0
Vivienda	Propia	87.0
	Arrendada	9.0
	Prestada	1.0
	Otro	3.0
Condición de convivencia (con quienes vive)	Solo	19.0
	Familia nuclear	66.0
	Familia extensa	14.0
	Amigos	1.0
Nivel de escolaridad	Básico	24.0
	Bachillerato	41.0
	Superior	32.0
	Maestría	3.0
	Doctorado	0.0
Trabaja	Si	15.0
	No	85.0
Presenta enfermedad	Si	91.0
	No	9.0
Toma medicamentos	Si	91.0
	No	9.0

5.1.2. Características de enfermedad

El 91% de adultos mayores mencionó padecer enfermedades que requerían medicación continua, en su mayoría (31%) enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (principalmente diabetes), el 29% enfermedades del aparato circulatorio (principalmente hipertensión) y el 18% restante enfermedades del aparato músculo esquelético (principalmente osteoporosis). Ver tabla 3.

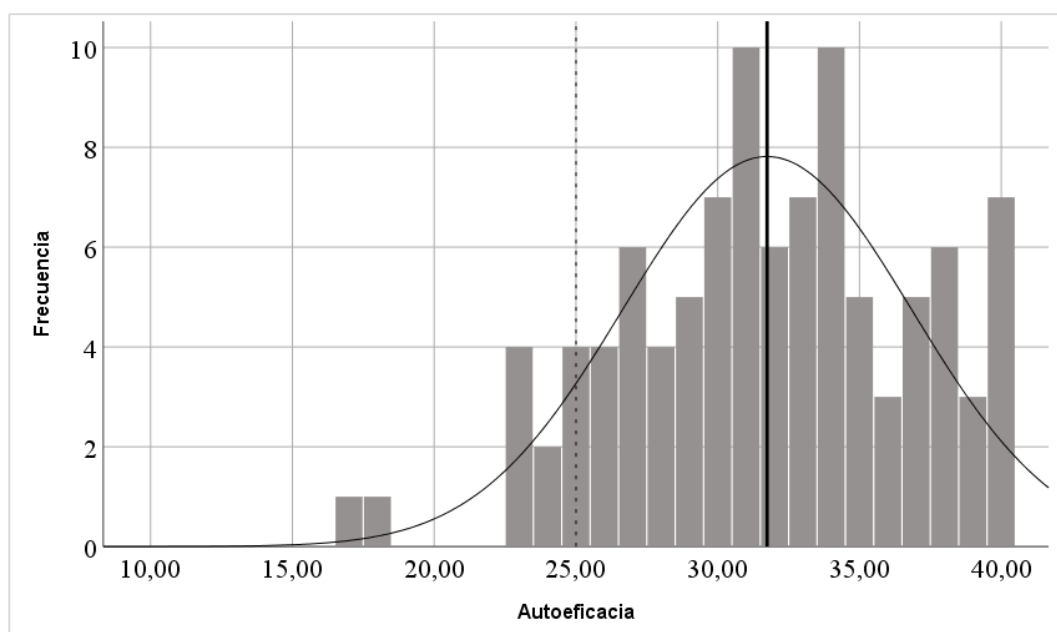
Tabla 3. Enfermedades existentes y medicación continua.

	%
Neoplastias	1
Enfermedades del sistema inmunológico y de la sangre	1
Enfermedades endócrinas, nutricionales, metabólicas	31
Enfermedades del sistema nervioso	3
Enfermedades del ojo	1
Enfermedades del oído	1
Enfermedades del aparato circulatorio	29
Enfermedades del aparato digestivo	4
Enfermedades del aparato músculo esquelético	18
Otros	2
Sin enfermedades	9

5.1.3. Autoeficacia

La autoeficacia medida en escala 10-40 reveló resultados oscilantes entre 17 y 40 con una media de 31.7 (DE=5.1) puntuación muy por encima del punto medio de la escala (M=25) y con baja dispersión (CV=16.1%) indicando un comportamiento similar entre todos los adultos mayores, tal como se puede observar en la figura 9, existe una tendencia hacia los altos valores lo que implica un comportamiento general de autoeficacia elevada (Ver figura 9).

Figura 9 Frecuencia de Autoeficacia



La evaluación de todos los indicadores de autoeficacia se puede observar en la tabla 4, en la cual se indica la puntuación media obtenida en todos los participantes, encontrándose primordialmente que el poder resolver la mayoría de los problemas si se esfuerzan lo necesario (M=3.32; DE=0.66), enfrentar los problemas graves si se esfuerzan lo suficiente (M=3.27; DE=0.69) y gracias a las cualidades personales poder enfrentar situaciones inesperadas (M=3.26; DE=0.68) eran los indicadores más fuertes de autoeficacia en este grupo de adultos mayores. Así también el indicador más débil a pesar de tener en promedio alta puntuación resultó la sensación de estar seguros de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas (M=3.05; DE=0.77).

Tabla 4 Indicadores de autoeficacia

	Media	DE
A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	3.19	0.71
Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	3.27	0.69
Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	3.14	0.77
Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	3.05	0.77
Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	3.26	0.68
Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	3.10	0.72
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	3.17	0.74
Yo sí puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3.32	0.66
En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	3.11	0.75
Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	3.13	0.77

5.1.4. Según variables demográficas

Los resultados revelaron qué los hombres presentaban una autoeficacia ligeramente superior a las mujeres, sin embargo, no mostraron diferencias significativas ($p > .05$). Por otra parte, la autoeficacia según la condición laboral fue muy similar en ambos grupos de estudio: personas que trabajan y personas que no trabajan. Ver tabla 5.

Tabla 5 Autoeficacia según sexo y condición laboral

	Sexo				p	Condición laboral				p
	Hombre		Mujer			Trabaja		No trabaja		
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
Autoeficacia	32.0	4.1	31.7	5.4	0.815	31.6	5.6	31.8	5.0	0.950
A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	3.3	0.7	3.2	0.7	0.611	3.2	0.7	3.2	0.7	0.987
Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	3.4	0.7	3.2	0.7	0.289	3.2	0.8	3.3	0.7	0.714
Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	3.0	0.6	3.2	0.8	0.374	2.9	0.8	3.2	0.8	0.245
Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	3.0	0.8	3.1	0.8	0.979	2.9	1.0	3.1	0.7	0.432
Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	3.3	0.7	3.2	0.7	0.689	3.2	0.8	3.3	0.7	0.787
Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	3.2	0.7	3.1	0.7	0.576	3.3	0.8	3.1	0.7	0.305
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	3.2	0.8	3.2	0.7	0.686	3.3	0.8	3.2	0.7	0.547
Yo sí puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3.4	0.5	3.3	0.7	0.491	3.3	0.7	3.3	0.7	0.880
En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	3.0	0.7	3.2	0.8	0.221	3.1	0.8	3.1	0.7	0.876
Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	3.2	0.7	3.1	0.8	0.873	3.2	0.8	3.1	0.8	0.741

La autoeficacia general según la escolaridad fue similar ($p > .05$) en los tres grupos de comparación: básico, bachillerato y superior, sin embargo, se observa una puntuación ligeramente más alta en quienes tenían una instrucción superior. Considerando cada uno de los indicadores, se descubrió también que aquellas personas que se encontraban en un nivel de bachillerato tenían una puntuación significativamente más baja en la afirmación de “A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar maneras de obtener lo que quiero” ($M=2.95$; $DE=0.71$). Detalles en tabla 6.

Tabla 6 Autoeficacia según escolaridad

	Básico		Bachillerato		Superior		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Autoeficacia	31.88	5.16	30.76	5.64	32.81	4.43	0.352
A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	3.33	0.64	2.95	0.71	3.34	0.70	0.029*
Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	3.25	0.61	3.15	0.76	3.41	0.67	0.307
Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	3.08	0.83	3.05	0.84	3.31	0.64	0.400
Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	3.08	0.88	2.98	0.88	3.13	0.55	0.770
Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	3.29	0.69	3.24	0.80	3.28	0.52	0.971
Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	3.33	0.64	2.98	0.76	3.06	0.72	0.159
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	3.17	0.87	3.07	0.75	3.28	0.58	0.573
Yo sí puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3.33	0.70	3.34	0.76	3.31	0.54	0.817
En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	2.92	0.83	3.05	0.80	3.34	0.60	0.110
Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	3.08	0.72	2.95	0.89	3.34	0.60	0.154

La autoeficacia total según la condición de convivencia, no reveló diferencias significativas ($p > 0.05$) a pesar de que aquellas personas que vivían solas presentaron una puntuación mucho más elevada que quienes vivían con familias nucleares o familias extendidas, sin embargo, considerando los indicadores de forma individual, las personas que viven solas tenían indicadores de autoeficacia significativamente más elevados ($p < 0.05$) en: “Es fácil mantenerse en las metas hasta alcanzarlas” ($M=3.53$; $DE=0.51$), “Sentirse seguro de enfrentar eficazmente situaciones inesperadas” ($M=3.47$; $DE=0.70$) y “Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo” ($M=3.00$; $DE=0.75$), considerándose bastante autónomos (Ver tabla 7).

Tabla 7 Situación de convivencia

	Solo		Familia nuclear		Familia extensa		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Autoeficacia	34.11	4.25	31.62	5.03	30.14	4.40	0.058
A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	3.26	0.56	3.20	0.71	3.21	0.70	0.972
Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	3.53	0.51	3.24	0.72	3.21	0.43	0.242
Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	3.53	0.61	3.12	0.73	2.86	0.77	0.028*
Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	3.47	0.70	3.00	0.74	2.86	0.66	0.021*
Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	3.47	0.70	3.23	0.67	3.14	0.66	0.242
Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	3.00	0.75	3.21	0.71	2.71	0.61	0.049*
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	3.42	0.51	3.12	0.81	3.07	0.62	0.307
Yo sí puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3.58	0.51	3.30	0.68	3.14	0.66	0.138
En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	3.42	0.69	3.09	0.74	2.93	0.62	0.101

Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	3.42	0.77	3.11	0.75	3.00	0.68	0.109
--	------	------	------	------	------	------	-------

Finalmente, el estado civil y la tendencia de enfermedades crónicas específicas divididas en subgrupos no presentaron diferencias significativas en autoeficacia ($p>0.05$) (Ver tablas 8 y 9).

Tabla 8 Autoeficacia según estado civil

	Casado		Viudo		Divorciado		Soltero		p
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Autoeficacia	32.21	4.69	32.09	5.46	30.15	5.41	31.25	5.83	0.572
A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	3.32	0.66	3.13	0.81	3.00	0.71	3.06	0.68	0.359
Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	3.30	0.69	3.26	0.81	3.08	0.64	3.38	0.62	0.644
Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	3.11	0.67	3.17	0.94	3.08	0.76	3.25	0.86	0.799
Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	3.02	0.71	3.30	0.88	2.85	0.80	2.94	0.77	0.183
Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	3.30	0.66	3.26	0.62	3.23	0.83	3.19	0.75	0.968
Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	3.23	0.70	3.17	0.65	2.77	0.73	2.88	0.81	0.115
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	3.26	0.77	3.17	0.65	2.92	0.76	3.13	0.81	0.574

Yo sí puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3.40	0.58	3.39	0.78	3.00	0.71	3.25	0.68	0.256
En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	3.13	0.68	3.13	0.92	3.08	0.64	3.06	0.85	0.968
Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	3.15	0.72	3.09	0.95	3.15	0.69	3.13	0.81	1.000

Tabla 9 Autoeficacia según diagnóstico específico

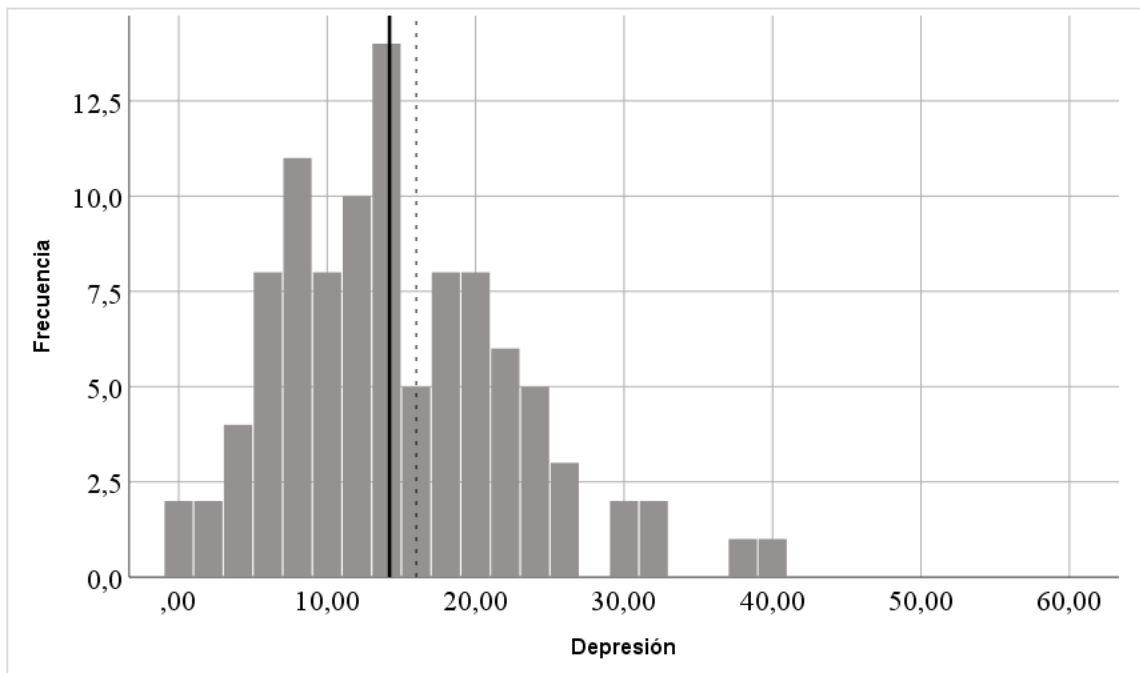
	Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas		Enfermedades del aparato circulatorio		Enfermedades del aparato músculo esquelético		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Autoeficacia	31.39	3.91	31.97	5.21	31.00	6.19	0.772
A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	3.16	0.58	3.24	0.74	3.22	0.88	0.734
Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	3.29	0.53	3.28	0.70	3.22	0.88	0.986
Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	3.19	0.60	3.03	0.78	3.17	0.99	0.649
Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	3.00	0.63	3.10	0.77	2.94	1.00	0.830
Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	3.23	0.62	3.31	0.71	3.06	0.73	0.449
Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	2.94	0.63	3.07	0.75	3.28	0.57	0.229

Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	3.10	0.60	3.21	0.73	3.06	0.73	0.684
Yo sí puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3.29	0.53	3.31	0.71	3.22	0.65	0.846
En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	3.03	0.60	3.17	0.80	3.00	0.84	0.654
Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	3.16	0.58	3.24	0.79	2.83	0.92	0.215

5.1.5. Presencia de depresión.

La depresión medida en escala 0-60, en estos participantes presentaron puntuaciones oscilantes entre 0 y 40, con media de 14.2 indicando una tendencia hacia bajos niveles de depresión como se puede apreciar en la figura 10; según lo estipulado por el instrumento el punto de corte correspondía 16, lo que implica que aquellas personas con una puntuación igual o superior a 16 presentaban depresión (como una prueba de sondeo y no perspectiva clínica), encontrándose el 39% de adultos mayores con esta condición (Ver figura 10).

Figura 10 Frecuencia de depresión



5.1.6. Correlación

Finalmente, la autoeficacia, estuvo negativamente relacionada con la depresión, es decir que a mayor autoeficacia menor depresión. La edad y la escolaridad no representaron un vínculo en términos de correlación con la variable de estudio. Ver Tabla 10.

Tabla 10 Correlación entre edad, escolaridad y depresión

		Edad	Escolaridad	Depresión
Autoeficacia	rs	-0.021	0.100	-,246*
	p	0.836	0.324	0.014

CAPÍTULO VI

TALLER

6.1. Preparación del taller

- ✧ *Nombre.* Taller para incrementar la autoeficacia en adultos mayores.
- ✧ *Fecha y horario.* Se implementará considerando la disponibilidad de los participantes (el taller será impartido durante dos meses, con una capacitación a la semana y una duración de una hora cada uno).
- ✧ *Local y equipos.* Elegir con anticipación un espacio adecuado, que cuente con los equipos necesarios, buena ventilación, correcta iluminación y con el mobiliario apropiado.
- ✧ *Número de participantes.* Doce adultos mayores por cada taller.
- ✧ *Responsables.* Se definirá dentro del equipo de facilitadores, el responsable de las diferentes actividades.
- ✧ *Facilitadores.* El equipo se conformará de gente que este entrenada y capacitada sobre el tema.
- ✧ *Coordinación.* Se les indicará a los participantes las personas que estarán coordinando el taller y como ponerse en contacto si es que necesitan ayuda.
- ✧ *Convocatoria y difusión.* Se les citará con anticipación a las personas que deseen participar del taller y difundir el mismo por campañas tanto físicas como digitales (PLADES, 2016).

6.2. Plan de taller

Objetivo general: Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.

Aspectos a considerar:

- ☒ Crear un ambiente de confianza con los participantes en cada taller.
- ☒ A lo largo del taller se aplicarán reforzadores sociales.

Tabla 11 Planificación de taller de autoeficacia

PLANIFICACIÓN TALLER 1

Objetivo general	Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.
Objetivos específicos	-Crear y fortalecer el ambiente terapéutico a través de la delimitación de reglas y expectativas de forma conjunta con los adultos mayores. -Explicar los diferentes conceptos que abarcan el taller. -Evaluar el nivel de autoeficacia inicial.
Participantes	Doce adultos mayores

Número de taller	Tiempo	Actividades/ Temas a tratar	Métodos y técnicas	Materiales necesarios
Taller 1	5 minutos	Bienvenida de los facilitadores y presentación de los objetivos del taller.	Exposición escrita y oral.	Diapositivas y proyector.
	10 minutos	Diagnóstico grupal.	Aplicación de la Escala de Autoeficacia General.	Copias del cuestionario y lápices.
	10 minutos	Presentación de los participantes.	Técnica de grupo “Buscar coincidencias”.	Copias y lápices.
	7 minutos	Establecimiento de reglas.	Lluvia de ideas junto a los participantes.	Papelógrafos. Marcadores.
	25 minutos	Conociendo a la autoeficacia.	Psicoeducación 1.	Proyector. Diapositivas y videos.
	3 minutos	Reflexionar sobre los objetivos y expectativas planteadas.	Retroalimentación	Diapositivas usadas anteriormente

Exposición escrita y oral. Los facilitadores llevarán a cabo su presentación, es decir, sus nombres, a que institución pertenecen, en qué carrera se encuentran, el ciclo que estén cursando y los objetivos de la realización del taller.

Técnica de grupo “buscar coincidencias”.

-Objetivo: Conocerse entre cada uno de los miembros del grupo y crear un ambiente más familiar.

-Material: Un papel y un lápiz por participante. Se trata de buscar personas con cosas en común. Se les indica algunas características que deben buscar en las personas del grupo, por ejemplo: “Busca personas que nacieron el mismo año que tú, busca una persona que le guste lo mismo que a ti, etc.” Se les da un tiempo para que se pregunten y lo anoten en la hoja (700 Dinámicas grupales, s. f.).

Lluvia de ideas junto a los participantes. A través de una lluvia de ideas se establecerán las reglas que serán evaluadas durante cada taller las mismas que calificarán puntualidad, participación, respeto y responsabilidad en las tareas intersesión.

Psicoeducación 1. La introducción del tema se dará a conocer mediante videos que incluyan que es la autoeficacia en la tercera edad, de igual manera, mediante diapositivas se informará los diferentes conceptos de autoeficacia, su origen basándose en Bandura, las características de las personas con un alto y bajo sentido de autoeficacia y la autoeficacia en adultos mayores.

PLANIFICACIÓN TALLER 2

Objetivo general	Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.
Objetivos específicos	-Explicar el concepto de habilidades sociales y asertividad. -Describir la forma adecuada de actuar con asertividad mediante técnicas. -Comprobar el nivel de entendimiento sobre los contenidos impartidos en el taller, mediante ejercicios.
Participantes	Doce adultos mayores

Número de taller	Tiempo	Actividades/ Temas a tratar	Métodos y técnicas	Materiales necesarios
Taller 2	15 minutos	¿Qué son las habilidades sociales?	Psicoeducación 1.	Diapositivas y proyector
	15 minutos	Conóceme soy Asertividad.	Psicoeducación 2.	Diapositivas y proyector
	15 minutos	Ejemplificación de asertividad.	Técnica de Modelado por parte de los facilitadores	La voz de los facilitadores
	5 minutos	Actividad lúdica grupal.	Técnica “Dragón, Tortuga y Persona”	Dibujos impresos, papelógrafos y copias.
	10 minutos	Reflexión sobre los temas tratados.	Retroalimentación	Diapositivas y papelógrafos usados anteriormente.

Psicoeducación 1. Se compartirá la información sobre las habilidades sociales, que incluye, definición, funciones, conceptos relacionados y la importancia del entrenamiento en habilidades sociales.

Psicoeducación 2. Se expondrá sobre el tema de asertividad, que abarca una definición, características de las personas asertivas y no asertivas, la comunicación verbal y no verbal y las causas de la falta de asertividad.

Técnica de Modelado por parte de los facilitadores.

-Modelado: es una técnica donde la persona aprende comportamientos nuevos imitando y observando el comportamiento de los otros. El modelado es muy útil en aquellos casos en los que la conducta que el individuo requiere aprender no se encuentra en su repertorio de habilidades (Caballo, 1988).

-Mediante ejemplos cotidianos se dramatizará para que los participantes puedan observar y escuchar cómo deben actuar de forma asertiva.

Técnica “Dragón, Tortuga y Persona”

-Objetivo: enseñar a los adultos mayores tres formas de comunicación: pasivo (tortuga), agresivo (dragón) y asertivo (persona). A través de una dinámica podrán conocer los tres estilos mencionados, reflexionar sobre ellos y descubrir la importancia de comunicarse de forma asertiva.

-Instrucciones: Existen tres estilos de comunicación que se explicarán a continuación.

- ◆ Dragón (Estilo agresivo): este estilo es utilizado por el dragón, ya que impone sus sentimientos, sus ideas y sus opiniones. Se comunican amenazando, insultando y agrediendo.
- ◆ Tortuga (Estilo pasivo): la tortuga suele resguardarse en su caparazón para protegerse. No defienden sus intereses, no expresan ni ideas ni opiniones ni sentimientos.
- ◆ Persona (Estilo Asertivo): las personas usamos las palabras, es necesario saber usarlas y ser respetuosos con los derechos propios y ajenos. Este tipo de comunicación nos permite decir lo que nos molesta sin hacer daño al resto.

-Luego de la explicación se les repartirá los dibujos de los animales y la persona. En grupos de 4 se les pide que unan los dibujos con su respectiva descripción. Una vez completadas las dos partes de la ficha, cuando conozcan los diferentes estilos comunicativos, en los mismos grupos, les diremos que se repartan los tres estilos (tiene que haber como mínimo una tortuga, un dragón y una persona) y que inventen una situación que luego tendrán que escenificar, para que los demás participantes adivinen que estilo están representando (Coello, 2018).

PLANIFICACIÓN TALLER 3

Objetivo general	Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.
Objetivos específicos	-Explicar el concepto de resolución de problemas. -Describir la forma adecuada de resolver problemas mediante técnicas. -Comprobar el nivel de entendimiento sobre los contenidos impartidos en el taller, mediante ejercicios.
Participantes	Doce adultos mayores

Número de taller	Tiempo	Actividades/ Temas a tratar	Métodos y técnicas	Materiales necesarios
Taller 3	20 minutos	Aprende a resolver problemas.	Psicoeducación 1 y técnica “resolución de problemas” .	Diapositivas, videos y proyector.
	15 minutos	Ejemplificación de la técnica.	Técnica “Resolución de problemas”	Copias de matriz, papelógrafos y lápices.
	10 minutos	Dramatización en grupos (dos grupos de 6 personas).	Técnica “Role Playing”	Copias
	5 minutos	Reflexión de la técnica.	Técnica del “Diálogo socrático”	La matriz usada anteriormente.
	10 minutos	Reflexión sobre lo visto en el taller.	Retroalimentación	Diapositivas, matrices y papelógrafos utilizados.

Psicoeducación 1 y técnica “resolución de problemas”. Se difundirá la información sobre la solución de problemas, a que hace referencia, que busca lograr y la explicación de la técnica de resolución de problemas.

El proceso de solución de problemas. Según D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares (1997), para solucionar un problema de forma eficaz, se requiere de cinco pasos. Esos procesos, incluyen:

- 1) orientación hacia el problema
- 2) definición y formulación del problema
- 3) generación de alternativas
- 4) toma de decisiones
- 5) puesta en práctica de la solución y verificación.

La orientación hacia el problema, se describe como un conjunto de respuestas de orientación, que constituyen las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez a una situación problemática. Ese conjunto cognitivo se basa principalmente en la historia pasada de desarrollo y de reforzamiento, de la persona que está relacionada con la solución de problemas de la vida real.

El objetivo de la definición y formulación del problema consiste en comprender y clarificar la naturaleza del problema.

El objetivo del tercer componente, la generación de alternativas, es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de encontrar la mejor resolución.

El propósito de la toma de decisiones, es evaluar, juzgar y comparar las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar las mejores, para aplicarlas en el problema real.

Finalmente, el propósito de la puesta en práctica de la solución y verificación consiste en revisar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma.

Técnica “Role Playing”.

Según Joyner y Young (2006), el juego de roles o role playing simula una situación de la vida real. La técnica de juego de roles detecta distorsiones, errores y confusiones en la comprensión de la información, análisis de comportamientos en situaciones críticas.

Se deben realizar los siguientes pasos:

1. Establecer el objetivo del juego de roles, y definir los contenidos a tratar.
2. Generar dos grupos de seis personas con roles factibles para ser representados por los participantes.
 - Diseñe los roles según las capacidades de cada participante y luego deberán actuar por turnos.
 - Plantee un sistema para que los roles se roten (es decir, cada participante puede pasar por determinado rol).
3. Finalmente, realice una retroalimentación del proceso a todos los participantes.

Cuando termina la escenificación, todo el grupo expone sus emociones, plantean dudas, proponen otras posibilidades, etc. Por último, se reflexiona sobre la situación.

Técnica del “Diálogo socrático”.

El diálogo socrático según Partarrieu (2011), es una técnica que a través de preguntas busca poner en evidencia errores lógicos en la forma en la que la persona procesa la información recibida.

El terapeuta cognitivo se encontrará con varias áreas a explorar sobre las creencias y pensamiento de los pacientes, aquí se describen cinco apartados que usan preguntas empíricas que inician el proceso dialéctico.

1. La petición de pruebas que mantienen los pensamientos o creencias disfuncionales (Ejemplo: ¿Qué pruebas tiene para creer que...? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?).
2. Indagar las alternativas que explican los pensamientos o creencias (Ejemplo: ¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso? ¿Podría haber otra forma de ver esa situación?).
3. Explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos o creencias disfuncionales (Ejemplo: ¿A qué le lleva pensar eso? ¿Le ayuda en algo?).

4. Evidenciar la gravedad de las predicciones negativas (Ejemplo: ¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso? ¿Suponiendo que ocurriese cuanto durarían sus efectos?).

5. Conceptualizar pensamientos o supuestos (Ejemplo: ¿Qué quiere decir con...?).

PLANIFICACIÓN TALLER 4

Objetivo general	Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.
Objetivos específicos	-Indicar una forma de manejar la ansiedad y el estrés. -Analizar cómo afectan las emociones a nuestra salud mental e identificar las emociones positivas en su diario vivir.
Participantes	Doce adultos mayores

Número de taller	Tiempo	Actividades/ Temas a tratar	Métodos y técnicas	Materiales necesarios
Taller 4	20 minutos	¿Sabes manejar la ansiedad o estrés?	Técnica de “Relajación Progresiva”	Parlante, y música relajante.
	25 minutos	¿Soy consciente de lo que me pasa?	Técnica “Me hago responsable”	Cuaderno y lápices.
	5 minutos	Indicación de tarea para la casa.	Técnica “Diario de las emociones positivas”	Papelógrafos, marcadores, y copias de matriz.
	10 minutos	Reflexión de los temas.	Retroalimentación	Matriz y papelógrafos utilizados.

Técnica de “Relajación Progresiva”

Ruiz et al. (2012) menciona que el procedimiento para la relajación progresiva consiste en ir tensando secuencialmente en un solo movimiento las siguientes zonas musculares:

1. Los brazos y manos dominantes y no dominantes.
2. Tronco.

3.Cara y cuello.

4.Piernas y pies dominantes y no dominantes.

-Para la práctica de la relajación progresiva se debe tomar en cuenta una serie de indicaciones (Chóliz, 1998).

- Se debe seguir una secuencia ordenada comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa.
- Si se olvida de trabajar con algún músculo, se recomienda pasar al siguiente. Sin embargo, para evitar los olvidos lo mejor es hacer un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.
- La duración en la que el músculo debe mantenerse tenso es de unos cuatro segundos, a continuación, se procede a relajarlo. Debe mantenerse el músculo relajado durante unos quince segundos antes de tensarlo de nuevo.
- Se debe mantener la concentración en la sensación agradable que se produce al relajar los músculos
- Al terminar de ejercitar los músculos, se repasa mentalmente el trabajo realizado. Se facilita así la auto-exploración de las partes que no se haya logrado relajar.

Técnica “Me hago responsable”

Ayuda a la persona a hacerse responsable de sus pensamientos y acciones, a su vez que evita echar la culpa de lo que le sucede, a los demás. Gracias a eso logra reconocer sus necesidades y sabe cómo satisfacerlas, en caso de no lograrlo toma responsabilidad de eso. Con esta técnica aprenderá a tener un papel activo para modificar su conducta, asumiendo ese poder. Al final deberá aceptar que la situación que se presenta es consecuencia de sus propias acciones u omisiones.

Diario de las emociones positivas (Vera, 2006): se llevará a cabo mediante una matriz que incluirá las emociones positivas y negativas, así como la frecuencia, la cantidad, la duración y la intensidad de las mismas. Se pueden añadir la circunstancia que la desencadena, las personas que nos acompañaron a vivirlas, las sensaciones físicas relacionadas, entre otras variables (Ver anexo 4).

PLANIFICACIÓN TALLER 5

Objetivo general	Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.
Objetivos específicos	-Indicar una técnica de relajación. -Descubrir conflictos internos. -Analizar dichos conflictos mediante la técnica de la Gestalt para resolverlos de manera eficaz.
Participantes	Doce adultos mayores

Número de taller	Tiempo	Actividades/ Temas a tratar	Métodos y técnicas	Materiales necesarios
Taller 5	5 minutos	Relajación	Técnica de “Respiración diafragmática”.	Parlante, música relajante.
	45 minutos	Resuelve tus conflictos sobre autoeficacia (3 grupos de 4 personas).	Técnica de la “Silla Vacía”.	Mobiliario y música relajante.
	10 minutos	Reflexión sobre los temas abordados.	Retroalimentación	

Técnica de respiración diafragmática. Nos indica como respirar de forma correcta con el diafragma. Se debe sentarse o acostarse de forma cómoda, se coloca una mano en el abdomen y la otra en el pecho. Se inspira por la nariz de manera profunda y lenta por cinco segundos, a su vez nos concentramos en cómo se hincha el abdomen de aire. A continuación, se expira el aire de forma lenta y por la boca en tres segundos, esta vez nos centramos en como el abdomen va descendiendo. Estos pasos se pueden repetir varias veces para reducir el nivel de activación general (Parrado, s. f.).

Técnica de la silla vacía. Se puede utilizar para trabajar con partes opuestas en la persona. Así el individuo se conecta con estas partes que conforman una determinada situación, según esto puede elegir una de ellas o unir las en una sola; consiguiendo una solución y cierre del problema. De esta manera la persona logra culminar con situaciones

que se encuentran pendientes, las cuales consumían grandes cantidades de su energía, lo que permitirá utilizar dicha energía para afrontar nuevas circunstancias (Castanedo, 1997).

PLANIFICACIÓN TALLER 6

Objetivo general	Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.
Objetivos específicos	-Identificar las emociones presentes en la sesión. -Determinar la forma de regular las emociones negativas a través de técnicas, para generar emociones positivas.
Participantes	Doce adultos mayores

Número de taller	Tiempo	Actividades/ Temas a tratar	Métodos y técnicas	Materiales necesarios
Taller 6	10 minutos	Revisión de tareas.	Técnica “Diario de emociones positivas”	Matriz
	30 minutos	Explora tus emociones.	Técnica “Arte-terapia plástica”	Copias de mándalas en dibujo, pinturas, música relajante.
	5 minutos	Reflexión sobre las emociones presentadas.	Técnica “Diálogo Socrático”	Copia de preguntas y lápices.
	5 minutos	Aprende a sentirte bien.	Técnica “Métodos experimentales para inducir emociones positivas”	Música y comida.
	10 minutos	Reflexión sobre los temas abordados.	Retroalimentación	

Técnica arte-terapia plástica. Por medio de los dibujos y la utilización de los colores la persona tiene la posibilidad de auto-explorar sus emociones y pensamientos. Puede ayudar a una mejor expresión y comunicación de situaciones difíciles o especiales, e incluso examinar sus conflictos de forma externa e interna a la misma vez (López, 2011).

Técnica métodos experimentales para inducir emociones positivas. Consiste en realizar actividades o generar situaciones que logren provocar el surgimiento de emociones positivas. Estas se pueden priorizar según sea el caso puesto que no se pueden forzar. Algunos ejemplos podrían ser: escuchar música agradable, bailar su canción favorita, ver una película cómica, etc. (Martín, 2016).

PLANIFICACIÓN TALLER 7

Objetivo general	Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.
Objetivos específicos	-Definir objetivos a corto plazo para fomentar emociones positivas y evaluar cómo se consiguen los mismos. -Indicar como aumentar la resiliencia.
Participantes	Doce adultos mayores

Número de taller	Tiempo	Actividades/ Temas a tratar	Métodos y técnicas	Materiales necesarios
Taller 7	25 minutos	Definir objetivos a corto plazo para fomentar emociones positivas y evaluar cómo se consiguen los mismos.	Técnica “Definir y evaluar los objetivos y los logros”	Copias de matriz y lápices.
	25 minutos	Yo tengo, yo soy, yo estoy y yo puedo.	Psicoeducación de resiliencia 1.	Diapositivas y proyector.
	10 minutos	Reflexión sobre los temas abordados.	Retroalimentación	Matriz, ejercicios y diapositivas vistas.

Técnica definir y evaluar los objetivos y los logros. La persona debe plantearse una meta a cumplir en corto plazo, posteriormente debe describir los objetivos a realizar para lograr alcanzar su meta y a su vez ir evaluando como se consiguen los mismos con la ayuda de una matriz donde constará también el tiempo en el que cumplirá lo propuesto y cada cuanto realizará los objetivos (Martín, 2016) (Ver Anexo 5).

Psicoeducación de resiliencia 1. Se explicarán los temas relacionados como su definición, las cualidades o habilidades de las personas resilientes, el proceso de resiliencia y para finalizar la fuerza y la motivación de la resiliencia.

PLANIFICACIÓN TALLER 8

Objetivo general	-Generar niveles altos de autoeficacia en los adultos mayores.
Objetivos específicos	-Explicar que son las fortalezas y sus diferentes tipos. -Identificar las propias fortalezas y como pueden ser utilizadas. -Evaluar los cambios en los niveles de autoeficacia mediante un retest. -Compartir las experiencias individuales obtenidas durante el taller.
Participantes	Doce adultos mayores

Número de taller	Tiempo	Actividades/ Temas a tratar	Métodos y técnicas	Materiales necesarios
Taller 8	15 minutos	¿Qué son las fortalezas?	Técnica Psicoeducación 1.	Diapositivas, videos y proyector
	15 minutos	Reconoce tus fortalezas	Técnica “Listado de fortalezas y cómo utilizarlas ante las adversidades”	Cuaderno y lápices
	5 minutos	Reflexión sobre lo visto en el taller.	Retroalimentación	Diapositivas usadas.
	10 minutos	Retest	Aplicación de la Escala de Autoeficacia General.	Copias del cuestionario y lápices.
	15 minutos	Cierre	Técnica “La frase”	Papelógrafos, hojas, marcadores y cinta

Psicoeducación ¿Qué son las fortalezas?1. Se indicará su respectiva definición, los diferentes tipos de fortalezas personales y con qué se relacionan.

Técnica listado de fortalezas y cómo utilizarlas ante las adversidades. El individuo debe realizar una lista de todas las fortalezas que percibe en sí mismo, posteriormente pensar en situaciones en las que podría utilizar cada una de ellas y a su vez pensar en formas novedosas de ponerlas en práctica (Martín, 2016).

Técnica la frase:

-Objetivo: va a permitir que los participantes le den un cierre al grupo y al taller realizado, donde van a poder expresarse de forma libre.

-Desarrollo: cada participante piensa en una frase que indique lo más importante que aprendió dentro de los talleres, posteriormente lo escribirá en una hoja y cuando sea su turno explicará la razón por la cual escogió dicha frase y lo pegará en el papelógrafo (Dinámica La Frase, 2018).

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

El presente capítulo está conformado por la discusión de los resultados obtenidos, conociendo que la temática presentada sobre autoeficacia, bienestar y calidad de vida en adultos mayores, ha sido estudiada desde diferentes perspectivas por varios autores, la presente investigación abordó las estrategias adecuadas para desarrollar la percepción de autoeficacia en las personas mayores.

El primer objetivo propuesto del estudio, buscaba conocer el nivel de autoeficacia en los adultos mayores del CAAM. Los resultados de esta investigación revelaron una media de 31.7 con una puntuación muy por encima del punto medio de la escala ($M=25$), indicando un comportamiento similar entre todos los adultos mayores con una tendencia hacia los altos valores lo que implica en general una autoeficacia elevada.

Los hallazgos encontrados son similares a los planteados por Aguirre y Naranjo (2016), en un estudio llevado a cabo en Ecuador, en donde se encontró que el 86% de los adultos mayores perciben un nivel de autoeficacia que está por encima de la media = 25, mientras que el 14% percibe que su grado de autoeficacia está por debajo de la media de la escala, lo cual es un indicador de la homogeneidad de los datos; es decir, que el grupo de participantes se comporta o piensan de modo parecido con una tendencia hacia valores altos. En otras investigaciones realizadas por Tapia y otros (2017); Luque, Menne y Cristina y Burba Pons (2005), que mostraron resultados iguales en los cuales los puntajes altos reflejaban una autoeficacia elevada en los adultos mayores.

En cuanto al segundo objetivo establecido en la investigación, se identificó la influencia de las variables demográficas en el nivel de autoeficacia en los adultos mayores del CAAM.

Sexo. Según esta variable, no existieron diferencias significativas a pesar que los hombres presentaban una autoeficacia ligeramente superior a las mujeres ($p > .05$). Mientras que un estudio que corrobora esta información es el de Tapia y Otros (2017), donde se usó una muestra de 632 adultos mayores y se pudo observar que no existe

diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos. Por otro lado, según Luque, Menne y Cristina y Burba Pons (2005), con una muestra de 217 adultos mayores argentinos, de ambos sexos, realizaron un estudio que dio como resultado diferencias significativas en donde los varones obtuvieron puntuaciones más elevadas que las mujeres.

Condición laboral. La autoeficacia según la condición laboral fue muy similar en ambos grupos de estudio: personas que trabajan y personas que no trabajan.

Un estudio realizado en Mendoza, Argentina por Díaz (2008), con una muestra de 32 sujetos de sexo masculino, que se encontraban en diferentes etapas de la jubilación con un rango de 55 a 75 años de edad, se obtuvieron los siguientes datos usando la escala de Autoeficacia Generalizada.

- En la etapa anterior a la prejubilación, los hombres tuvieron una puntuación más elevada que en las demás etapas. Durante este momento, el adulto mayor, se encuentra productivamente activo y no se relaciona con la jubilación, debido a ello, sus experiencias directas no se alteran.
- En la etapa de prejubilación, se obtuvo un puntaje promedio menor, en comparación a la primera etapa. En esta etapa comienzan las ideas de jubilación, debido a esto las autocreencias de competencia personal pueden disminuir, también se dan reevaluaciones que pueden generar crisis, pero que ayudarán a adaptarse a los nuevos cambios.
- En la etapa de jubilación se obtuvo la puntuación más baja, lo cual puede deberse a la pérdida o disminución laboral ya que influye en la identidad del sujeto.
- En la última etapa de la jubilación, se da un aumento de la puntuación promedio, ya que algunos individuos transitan por una fase de desencanto y se da una reorientación en la cual se reevalúa la situación, se adapta y finalmente logra superar el momento de incertidumbre que genera la jubilación.

Nivel de escolaridad. La autoeficacia general según la escolaridad fue similar ($p > .05$) en los tres grupos de comparación: básico, bachillerato y superior, sin embargo, se observa una puntuación ligeramente más alta en quienes tenían una instrucción superior.

Estos resultados son apoyados por el estudio de Tapia y otros (2017), mostrando que no existen diferencias significativas entre la autoeficacia y los niveles de estudios de las personas con instrucción superior.

En otros estudios, 45 participantes cuyas edades fluctuaban entre los 60 y los 86 años, el 95.6% tenía algún grado de escolaridad; la escolaridad del 42.9% incluía estudios universitarios y el nivel escolar promedio era el grado 10 (DE=5.5) las pruebas revelaron diferencias estadísticamente significativas en Autoeficacia y Escolaridad (Serra & Irizarry-Robles, 2015). También en otra investigación realizada con 217 adultos mayores existen diferencias significativas en cuanto a la educación primaria completa e incompleta, obteniendo como resultado que el nivel de educación influye en la percepción de autoeficacia (Luque, Menne, & Cristina y Burba Pons, 2005).

Condición de convivencia. La autoeficacia total según la condición de convivencia, no reveló diferencias significativas ($p > 0.05$) a pesar de que aquellas personas que vivían solas presentaron una puntuación mucho más elevada que quienes vivían con familias nucleares o familias extendidas.

Al contrario, el artículo presentado por Serra e Irizarry-Robles (2015), con una muestra de 45 adultos mayores, dio como resultado que las personas que vivían con familiares mostraron los niveles más bajos de autoeficacia, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, que a comparación de las personas que vivían solas o con su cónyuge.

Estado civil. El presente estudio no demostró diferencias significativas en autoeficacia ($p > 0.05$). Un artículo que corrobora los datos obtenidos, es el de Tapia y otros (2017), en el cual se compararon los puntajes medianos de la escala de autoeficacia según la variable de estado civil y se pudo observar que la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Una investigación que refuta estos resultados es la de Luque, Menne y Cristina y Burba Pons (2005), donde existen diferencias significativas en el estado civil, ya que los sujetos casados o que se encuentran en pareja tienen niveles más altos de autoeficacia y una capacidad más elevada de autorregulación que quienes están solos (solteros, viudos,

separados). De igual forma se presentaron los mismos resultados en el estudio realizado por Serra e Irizarry-Robles (2015).

Según un diagnóstico específico. La tendencia de enfermedades crónicas específicas divididas en subgrupos no presentó diferencias significativas en autoeficacia ($p>0.05$).

En varios estudios realizados con adultos y adolescentes que presentan enfermedades crónicas se evidencia la gran influencia que tiene la autoeficacia en la percepción del estado de salud, la calidad de vida relacionada con la salud y en la calidad de vida en general (Avendaño & Barra, 2008; Kohler, Fish, & Greene, 2002; Kuijer & De Ridder, 2003; Wahl et al., 2005).

Correlación entre Depresión, Escolaridad y Edad. Finalmente, se indagó las variables de depresión, escolaridad y edad en relación con la autoeficacia. Se obtuvo que, la autoeficacia estuvo negativamente relacionada con la depresión, es decir que a mayor autoeficacia menor depresión. La edad y la escolaridad no representaron un vínculo en términos de correlación con la variable de estudio.

Por otro lado, Serra e Irizarry-Robles (2015) trabajaron con una población de 45 adultos mayores, con edades entre 60 y 86 años de Puerto Rico. Dichos autores encontraron que, en la prueba realizada, existe una correlación significativa entre la variable Autoeficacia y las variables Escolaridad y Nivel de Síntomas Depresivos.

Una investigación realizada en Chile por Tapia y otros (2017), se encontró que a través de la prueba de Kruskal-Wallis al comparar los puntajes de la escala de autoeficacia según las variables de edad categorizada y último curso de educación formal, la diferencia observada entre las medianas no fue estadísticamente significativa. Mientras que, para la variable de depresión, se presentó una diferencia entre la mediana estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Según la Escala de Autoeficacia General (EAG), se obtuvo como resultado un comportamiento similar entre todos los adultos mayores, con una tendencia hacia los altos valores, es decir, un comportamiento general elevado de autoeficacia.

En cuanto a los indicadores de autoeficacia de la escala aplicada se encontró que los más fuertes en este grupo de adultos son: el poder resolver la mayoría de los problemas si se esfuerzan lo necesario, enfrentar los problemas graves si se esfuerzan lo suficiente y gracias a las cualidades personales poder enfrentar situaciones inesperadas.

Así también el indicador más débil a pesar de tener en promedio alta puntuación fue la sensación de estar seguros de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas.

Por otro lado, los resultados de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), revelaron que la mayoría de adultos mayores presentaron una tendencia hacia bajos niveles de depresión, sin embargo, un 39% de los evaluados, obtuvieron una puntuación igual o superior al punto de corte establecido en la metodología, lo que indicaría la presencia de sintomatología depresiva.

Las variables demográficas relacionadas con la autoeficacia no mostraron resultados significativos, por lo que se concluye que, dichas variables no influyen de forma directa en los niveles de autoeficacia de esta población de adultos mayores.

Por el contrario, en cuanto a la correlación de autoeficacia y depresión, se puede decir que existen resultados significativos ya que están negativamente relacionadas, es decir que a mayor autoeficacia va a existir menor depresión.

Para fortalecer los niveles de autoeficacia en los adultos mayores, se diseñó un taller, el cual se podrá implementar a lo largo de dos meses, utilizando varias técnicas de diferentes corrientes psicológicas tomadas de estudios que han comprobado la eficacia de su uso en esta determinada población. De tal forma que se creó un plan detallado para que cualquier persona que desee seguir con esta línea de investigación, pueda aplicar y probar su validez.

RECOMENDACIONES

Una vez concluido el estudio, es importante aportar con ciertas sugerencias e instaurar medidas de prevención para la sintomatología depresiva en los usuarios del Centro de Atención del Adulto Mayor IESS Cuenca.

Los resultados de la presente investigación, no indicaron diferencias significativas en la mayoría de las variables, por lo cual, se recomienda que, para la realización de próximos estudios, se amplíe la muestra o se comparen grupos de población de adultos mayores que asisten a este tipo de instituciones frente aquellos que no acuden a ninguna para obtener resultados más relevantes.

Debido a la tendencia elevada de los valores de autoeficacia en esta muestra de adultos mayores, se planifica el taller enfocado a fortalecer este ámbito importante presente en cada aspecto de la vida de las personas, como el social, personal, laboral, económico, familiar y psicológico, es por eso que se sugiere implementar espacios donde se pueda llevar a cabo los talleres, con todos los instrumentos necesarios para que sea eficaz y exitoso.

Además, se propone realizar atención psicológica más individualizada para aquellos problemas que presenten los adultos mayores y que no se atienden dentro de los talleres propuestos, como por ejemplo la aparición de depresión o ansiedad, puesto que ellos influyen de gran manera en la autoeficacia. De esta forma se conseguirá mejorar el bienestar y la calidad de vida de una forma más global en el adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, J., & Naranjo, E. (2016). *BIENESTAR Y AUTOEFICACIA EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A SERVICIOS SOCIALES*. Universidad de Cuenca.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25698/1/Tesis.pdf>
- Arias, C., & Pavón, M. (2013). LA PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA ENVEJECER DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 74-80.
<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333129928004.pdf>
- Atchley, R. C. (1971). Retirement and Leisure Participation: Continuity or Crisis? *The Gerontologist*, 11(1 Part 1), 13-17. https://doi.org/10.1093/geront/11.1_part_1.13
- Avendaño Monje, M. J., & Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000200002>
- Bados, A. (2008). *LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: CARACTERÍSTICAS Y MODELOS*. Universidad de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADs ticas%20y%20modelos.pdf>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1-34.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 65-110.
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.31.020180.000433>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
<https://pdfs.semanticscholar.org/9530/70a862df2824b46e7b1057e97badfb31b8c2.pdf>
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall.

- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
https://doi.org/10.1207/s15326985ep2802_3
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control* (1st ed.). Worth Publishers.
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C., & Aguilar-Sizer, M. (2018). Adaptación al Español de la Escala de Autoeficacia General para su Uso en el Contexto Ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 48(3), 5-17. <https://doi.org/10.21865/ridep48.3.01>
- Burton, C. M., & King, L. A. (2008). Effects of (very) brief writing on health: The two-minute miracle. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 9-14.
<https://doi.org/10.1348/135910707x250910>
- Busot, I. (1997). Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional. *Encuentro Educativo*, 53-63.
<http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/encuentro/article/view/1090/0>
- Caballo, V. E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Promolibro.
- Campo, A. (2015). *Cómo planificar un Taller*. Irekia.
https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/8677/Proyecto_18_09.pdf?1478097924
- Camposeco, F. M. (2012). *LA AUTOEFICACIA COMO VARIABLE EN LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EXTRÍNSECA EN MATEMÁTICAS A TRAVÉS DE UN CRITERIO ÉTNICO*. Universidad Complutense De Madrid.
<https://eprints.ucm.es/16670/1/T34002.pdf>
- Carrión, Flores, Jalkh, León, Nuñez, Chanataxi, Morillo, & Villarreal. (2013). Agenda de igualdad para Adultos mayores. *Ministerio de Inclusión Económica y Social*, 35. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/PoI%20ADtica-P%20BAblica.pdf>
- Carvalho, L. C., Barbosa, L. M., Silva, T., & Firmino, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Kairós Gerontologia*, 119-140.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/13798/10187>

- Castillo, D. (2010). Envejecimiento Exitoso, Succesfull Aging. *Revista Médica Condes*, 167-174.
http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_20_2/04envejecimiento.pdf
- Catanedo, C. (1997). *GRUPOS DE ENCUENTRO EN TERAPIA GESTALT. De la «silla vacía» al círculo gestáltico*. Herder.
https://www.academia.edu/40437100/GRUPOS_DE_ENCUESTRO_EN_TERAPIA_GESTALT_De_la_silla_vac%C3%ADa_al_c%C3%ADrculo_gest%C3%A1ltico
- Cevallos, M. A. (2013). *Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de Conocoto, período 2011-2012 y sus efectos en la calidad de vida*. Universidad Central del Ecuador.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1408>
- Chóliz, M. (1998). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y Respiración*. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/=cholz/RelajacionRespiracion.pdf>
- CNII. (2019). *Personas adultas mayores, situación y derechos*. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. <https://www.igualdad.gob.ec/personas-adultas-mayores-situacion-y-derechos/>
- Coello, R. (2018). *TÉCNICAS ASERTIVAS PARA DISMINUIR LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN LOS ALUMNOS DE QUINTO GRADO, UNIDAD EDUCATIVA “CIUDAD DE LOJA”, SECCIÓN VESPERTINA, LOJA. 2016-2017*. Universidad Nacional de Loja.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21386/1/Ruth%20Coello.pdf>
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P., & Vera-Villarroel, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45-58. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v38n1/v38n1a03.pdf>
- Cowgill, D. O. (1974). The Aging of Populations and Societies. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 1-18.
<https://doi.org/10.1177/000271627441500102>
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2003.17380>

- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. Basic Books.
- Díaz, M. (2008). *AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA DURANTE EL PROCESO DE JUBILACIÓN EN LOS HOMBRES*. Universidad del Aconcagua. http://190.183.61.20/objetos_digitales/1/tesis-875-autoestima.pdf
- Dinámica La Frase*. (2018, 14 diciembre). DINÁMICAS GRUPALES. <https://dinamicasgrupales.com.ar/dinamicas/cierre/dinamica-la-frase/>
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., Maydeu-Olivares, A. (1997). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory - Revised*. Multi-Health Systems.
- Dowd, J. J. (1975). Aging as Exchange: A Preface to Theory. *Journal of Gerontology*, 30(5), 584-594. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.5.584>
- Erickson, E. (1950). *Infancia y sociedad*. Paidós.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez / Psychology of aging: Una psicogerontología aplicada / A Psychogerontology Applied*. Piramide Ediciones Sa.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing. Objective, subjective, and combined outcomes. *Electric Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30. <https://doi.org/10.7790/ejap.v7i1.238>
- Fernandez-Ballesteros, R., Diez-Nicolas, J., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Bandura, A. (2002). Determinants and Structural Relation of Personal Efficacy to Collective Efficacy. *Applied Psychology*, 51(1), 107-125. <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2002APb.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. Á., Díez, J., Montero, P., & Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 641-647. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515016>
- Flores, A. (2015). Índice Global de Envejecimiento, Age Watch 2015. Resumen Ejecutivo. *HelpAge International*, 1-2. <https://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). *Una mirada sobre el envejecimiento. Informe Técnico*. UNFPA.
https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Unamiradasobreel envejecimiento.pdf?fbclid=IwAR35Csi2QEmG2IzsVWn31Q9H6J1Sj-0GSc1in51ULepttmhPvU2tJWa4_xE
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.218>
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity* (1.a ed.). Crown Publishers.
- González, M., Piza, N., & Sánchez, P. P. (2020). La psicología positiva como recurso en la atención del adulto mayor. *Conrado*, 109-115.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000100109
- González-Celis, A. (2013). La autoeficacia en las actividades cotidianas. En L. M. Gutiérrez & D. Kershenobich (Eds.), *Envejecimiento y Salud. Una Propuesta para un Plan de Acción* (pp. 179-191). Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, AC, Instituto de Geriatria, Universidad Nacional Autónoma de México.
http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- González-Forteza, C., Wagner, F. A., & Jiménez, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35(1), 13-20.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100003
- Guralnik, J. M., & Kaplan, G. A. (1989). Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *American Journal of Public Health*, 79(6), 703-708. <https://doi.org/10.2105/ajph.79.6.703>
- Hernández, Z. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 79-100. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80270206.pdf>
- Herrera, I. M., Medina, S., Fernández, T., Rueda, S., & Cantero, F. J. (2013). Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física. *Apuntes de psicología*, 109-116.
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/304/284>

- Iacob, R. (2011). *Identidad y Envejecimiento* (1.a ed.). Paidós.
<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFG/Tercera-Edad-y-Vejez-Iacob/identidad%20y%20envejecimiento-%20Libro%20hasta%20cap%203%20inclusive.pdf>
- Iacob, R., & Arias, C. J. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 25-32.
<https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2010.2.2.26787>
- Jiménez, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001>
- Joyner, B., Young, L. (2009). Teaching medical students using role play: Twelve tips for successful role plays. *Medical Teacher*, 28(3), 225-229.
<https://doi.org/10.1080/01421590600711252>
- Keyes, C. L., & López, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. *Handbook of positive psychology*, 45-59.
https://www.researchgate.net/publication/313710073_Toward_a_science_of_mental_health_Positive_directions_in_diagnosis_and_interventions
- Kirkwood, T. (1996). *Mechanisms of Ageing*. BMJ Publishing Group.
- Kohler, C. L., Fish, L., & Greene, P. G. (2002). The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*, 21(6), 610-614. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.6.610>
- Kuijjer, R. G., & De Ridder, D. T. D. (2003). Discrepancy in Illness-related Goals and Quality of Life in Chronically Ill Patients: The Role of Self-efficacy. *Psychology & Health*, 18(3), 313-330. <https://doi.org/10.1080/0887044031000146815>
- Kuypers, J. A., & Bengtson, V. L. (1973). Social Breakdown and Competence. *Human Development*, 16(3), 181-201. <https://doi.org/10.1159/000271275>
- Langer, E. J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(2), 191-198.
https://www.researchgate.net/profile/Ellen_Langer2/publication/22144050_The_effects_of_choice_and_enhanced_personal_responsibility_for_the_aged_A_field_experiment_in_an_institutional_setting/links/541175430cf29e4a232961e1/The-effects-of-choice-and-enhance

- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity Types and Life Satisfaction Among In-movers to a Retirement Community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523.
<https://academic.oup.com/geronj/article-abstract/27/4/511/589236?redirectedFrom=fulltext>
- Limón, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez / Active Aging: a change of paradigm on aging and old age. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>
- López, M. D. (2011). Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 183-191.
https://doi.org/10.5209/rev_ARTE.2011.v6.37092
- Lupano, M. L., & Castro, A. (2010). Psicología Positiva: Análisis Desde Su Surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 43-56.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v4n1/v4n1a05.pdf>
- Luque, L., Menne, G. V., & Cristina y Burba Pons, C. (2005). Estudio descriptivo y comparativo de autoeficacia en adultos mayores. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, 1-4.
<https://www.aacademica.org/000-051/156.pdf>
- Lyubomirsky, S. (2007). *The How of Happiness: A Scientific Approach to Getting the Life You Want*. Penguin Press HC.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 803-855.
<https://www.apa.org/pubs/journals/releases/bul-1316803.pdf>
- Martín, N. L. (2016). *50 técnicas psicoterapéuticas* (1.ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Mejía, A., García, L., & Soto, D. (2011, noviembre). *Manual para jóvenes facilitadores*. Programa Armando Paz.
<http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=fbwjJWFL2QM%3D>
- Méndez, R. (2020). *Estudio de los Modelos de la Motivación*. Instituto Tecnológico de Costa Rica.
https://www.academia.edu/21730779/Modelos_de_Motivaci%C3%B3n

- Mendoza. (2013, agosto). *Envejecimiento*. Gobierno de México.
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
- Montes de Oca, V., & Macedo de la Concha, L. (2015). Las redes sociales como determinantes de la salud. En L. M. D. Gutiérrez; Kershenobich (Ed.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp. 163-178). Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, AC, Instituto de Geriatria, Universidad Nacional Autónoma de México.
http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- Montorio, I., & Izal, M. (1999). *Intervención Psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Síntesis.
- Navarro, A., Bueno, B., Buz, J., & Mayoral, P. (2016). Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 222-227.
[https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(06\)72959-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(06)72959-6)
- Novella, M. (2016). *El voluntariado de acción social de las personas mayores como elemento de envejecimiento activo*. Universidad de Valencia.
<https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2019/03/tesis-manuel-novella-mnguez-el-voluntariado-social-de-las-personas-mayores-como-elemento-de-envejecimiento-activo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 74-105. https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/oms_envejecimiento_activo.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- Parrado, R. (2011). *LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA*. Colegio de Psicología de Andalucía Occidental.
http://copao.cop.es/files/contenidos/Profesion_Deportes/documentos_interes/La_respiracion_diafragmatica.pdf
- Partarrieu, A. (Ed.). (2011). *Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva.: Vol. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*

(Número XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR). <https://www.aacademica.org/000-052/236.pdf>

Pavon, M. (Ed.). (2012). *Relación entre autoeficacia para envejecer y bienestar psicológico: un estudio comparativo en la ciudad de Mar del Plata según grupo de edad y género*. <https://www.aacademica.org/000-072/355.pdf>

Pavón, M., & Arias, C. (2013). LA PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA ENVEJECER DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 74-80. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333129928004.pdf>

Pavon, M., & Zariello, M. (Ed.). (2011). *Estudio exploratorio sobre autoeficacia para envejecer. Comparación en dos grupos etáreos*. <https://www.aacademica.org/000-052/376.pdf>

Pennebaker, J., & Seagal, J. (1999). Forming a Story: The Health Benefits of Narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 1243-1254. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11045774/#:~:text=These%20findings%20suggest%20that%20the,of%20organizing%20complex%20emotional%20experiences>.

PENSIONISSSTE. (2017, 25 agosto). *Día del Adulto Mayor*. Gobierno de Mexico. <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>

Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. Oxford University Press.

Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., López, C. & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

Programa Laboral de Desarrollo. (2016). *Guía para facilitadores Programa país - Perú*. Instituto de Estudios Sindicales. [https://www.iesiperu.org.pe/documentos/publicaciones/Guia%20del%20facilitador%20\(1\).pdf](https://www.iesiperu.org.pe/documentos/publicaciones/Guia%20del%20facilitador%20(1).pdf)

Reigal, R., & Videra, A. (2013). FRECUENCIA DE PRÁCTICA FÍSICA Y AUTOEFICACIA EN LA TERCERA EDAD. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 107-120. <https://www.redalyc.org/pdf/542/54225676007.pdf>

- Reina, M. C., Oliva, A., & Parra, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 60-63.
https://www.researchgate.net/publication/242701179_Percepcion_de_autoevaluacion_Autoestima_autoeficacia_y_satisfaccion_vital_en_la_adolescencia
- Restrepo, G., Moncada, B., Osorio, S., & Echeverry, L. (1993). *Aproximación a un modelo de intervención psicológica humanística para personas de la tercera edad institucionalizadas*. Universidad de San Buenaventura Medellín.
- Retamosa, F. (2017). *Perspectivas teóricas sobre el envejecimiento*. Universidad De La República.
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_fabio_retamosa_0.pdf
- Rice, C., Lóckenhoff, C., & Carstensen, L. (2002). En busca de la independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 133-154. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534211.pdf>
- Riley, M. W. (1971). Social Gerontology and the Age Stratification of Society. *The Gerontologist*, 11(1 Part 1), 79-87. https://doi.org/10.1093/geront/11.1_part_1.79
- Riley, M., Abeles, R., & Teitelbaum, M. (1981). *Aging from Birth to Death*. Westview Press.
- Rose, A. M. (1964). A Current Theoretical Issue in Social Gerontology. *The Gerontologist*, 4(1), 46-50. <https://doi.org/10.1093/geront/4.1.46>
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2009). Humor as a character strength among the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13-18. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0090-0>
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES*. Desclée De Brouwer.
https://www.academia.edu/10436026/MANUAL_DE_T%C3%89CNICAS_DE_INTERVENCION_COGNITIVO_CONDUCTUALES

- 2.500 Usuarios en Centro de Atención al Adulto Mayor. (2019, 11 febrero). *El Mercurio*. <https://ww2.elmercurio.com.ec/2019/02/11/2-500-usuarios-en-centro-de-atencion-al-adulto-mayor/?fbclid=IwAR21uJSOGtNnWSH2mRmgLeATmSG2omXoRzzGkmRzZGoe48kRSeGPxiCgoLw>
- 700 Dinámicas grupales. (s.f.). <https://campuseducativo.santafe.gob.ar/wp-content/uploads/700-Din%C3%A1micas-grupales.pdf>
- Sánchez-Sosa, J., & González-Celis, R. (2002). La calidad de vida en ancianos. *Psicología y Salud*, 191-218. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. En *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston.
- Serra, J. A. (2010). Autoeficacia y Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios. *Revista Griot*, 37-45. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1877/1669>
- Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 125-134. <https://doi.org/10.14718/acp.2015.18.1.12>
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M. R., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2003). Bem-estar subjetivo: um estudo com adolescentes trabalhadores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 8(2), 5-30. https://www.researchgate.net/publication/268035240_O_bem-estar_subjetivo_dos_adultos_Um_estudo_transversal
- Smits, C. H. M., Deeg, D. J. H., Kriegsman, D. M. W., & Schmand, B. (1999). Cognitive Functioning and Health as Determinants of Mortality in an Older Population. *American Journal of Epidemiology*, 150(9), 978-986. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010107>
- Snyder, C. R. (2002). TARGET ARTICLE: Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1304_01

Soto-Añari, M., Núñez, A., & Romero, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 61-70.

<http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6/9>

Tapia, C., Iturra, V., Valdivia, Y., Varela, H., Jorquera, M., & Carmona, A. (2017). ESTADO DE SALUD Y AUTOEFICACIA EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. *Ciencia y enfermería*, 23(3), 35-45. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532017000300035>

United Nations. (2015, 29 julio). *The World Population Prospects: 2015 Revision*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html?fbclid=IwAR3RNTaklsh3CsMz57Aiz-bdJoVwtEC2GeimCdx1Ucmg2D2MzFkf4bYk2rU#:~:text=The%20current%20world%20population%20of,2015%20Revision%E2%80%9D%2C%20launched%2>

Veliz-Burgos, A., & Apodaca, P. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad*, 3(2), 131-150. <https://doi.org/10.22199/s07187475.2012.0002.00002>

Vera, B. (2006). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Calamar Ediciones.

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200002>

Wahl, A. K., Rustøen, T., Hanestad, B. R., Gjengedal, E., & Moum, T. (2005). Self-Efficacy, Pulmonary Function, Perceived Health and Global Quality of Life of Cystic Fibrosis Patients. *Social Indicators Research*, 72(2), 239-261. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5580-2>

Wood, V. M., & Charbonneau, D. (2017). Gender, self-efficacy, and warrior identification in Canadian Army personnel. *Journal of Gender Studies*, 27(7), 747-758. <https://doi.org/10.1080/09589236.2017.1301812>

Zapata, A. (2016). *Arte terapia para una comprensión del sentido de vida en dos adultos mayores*. Universidad de Antioquia. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14520/1/ZapataAna_2016_ArteTerapiaComprension.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de datos sociodemográficos

ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Datos demográficos

P1. Sexo

1.	Hombre
2.	Mujer

P2. Edad: _____

P3. Estado civil:

1.	Casado
2.	Viudo
3.	Divorciado
4.	Soltero
5.	Unión Libre
6.	Otro:

P4. Su vivienda es:

1.	Propia
2.	Arrendada
3.	Prestada
4.	Otro:

P5. ¿Con quién vive?

1.	Solo
2.	Familia nuclear
3.	Familia extensa
4.	Amigos

P6. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

1	Básico
2	Bachillerato
3	Superior
4	Maestría
5	Doctorado

P7. ¿Trabaja actualmente?

1.	Sí
2.	No

P9. ¿Tiene alguna enfermedad?

1.	Sí ¿Cuál? _____

2.	No

P10. ¿Toma medicamentos?

1.	Sí
2.	No

P11. ¿Qué medicamentos toma?

Anexo 2. Escala de depresión CES-D

CES-D: ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Para cada uno de los siguientes enunciados, elija la casilla que mejor describa CÓMO SE SENTÍA LA SEMANA PASADA (Señale con una CRUZ):

	NINGUNA VEZ	POCAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
1. Me molestaron cosas que normalmente no me molestan				
2. No tenía hambre, no me apetecía comer				
3. Me sentía triste y descorazonado, a pesar de la ayuda de mi familia y mis amigos				
4. Me sentía tan válido y útil como cualquiera				
5. Tenía dificultad para concentrarme				
6. Me sentía deprimido				
7. Para hacer cualquier cosa, tenía que hacer un gran esfuerzo				
8. Me sentía con esperanza respecto al futuro				
9. Pensaba que mi vida había sido un fracaso				
10. Me sentía atemorizado				
11. No me sentía descansado después de haber dormido				
12. Me sentía feliz				
13. Hablaba menos de lo habitual				
14. Me sentía solo				
15. La gente no era amable				
16. Disfrutaba de la vida				
17. Hubo ratos en que lloré				
18. Me sentía triste				
19. Sentía que no le agradaba a la gente				
20. Me encontraba sin fuerzas para hacer nada				

Anexo 3. Escala de Autoeficacia General validada al contexto ecuatoriano

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Indique en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones, acorde la siguiente escala: 1 = Nunca; 2 = Pocas veces; 3 = Muchas veces; 4 = Siempre

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1. A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero				
2. Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente				
3. Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas				
4. Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas				
5. Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas				
6. Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos				
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8. Yo puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9. En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer				
10. Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones				

Anexo 4 Diario de las emociones positivas

MATRIZ DE EMOCIONES

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
¿CUÁL EMOCIÓN POSITIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN POSITIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN POSITIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN POSITIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN POSITIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN POSITIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN POSITIVA SENTISTE?
¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN POSITIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN POSITIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN POSITIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN POSITIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN POSITIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN POSITIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN POSITIVA?
¿CUÁL EMOCIÓN NEGATIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN NEGATIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN NEGATIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN NEGATIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN NEGATIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN NEGATIVA SENTISTE?	¿CUÁL EMOCIÓN NEGATIVA SENTISTE?
¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN NEGATIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN NEGATIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN NEGATIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN NEGATIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN NEGATIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN NEGATIVA?	¿EN QUÉ SITUACIÓN SE DIO LA EMOCIÓN NEGATIVA?

Anexo 5 Definir y evaluar los objetivos y logros

MATRIZ DE OBJETIVOS

META	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA													FECHA DE LOGRO		
			SEMANAL							MENSUAL								
			L	M	MI	J	V	S	D	S1	S2	S3	S4					
		1.																
		2.																
		3.																
		1.																
		2.																
		3.																
		1.																
		2.																
		3.																
		1.																
		2.																
		3.																