

UNIVERSIDAD “LA SALLE”
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE LICENCIATURA

“AUTOESTIMA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES:
UN ESTUDIO CORRELACIONAL”

Por:

Mónica Mariana Peñaranda Medinacelly

Docente Guía:

Lic. Diana Mercado Castañeda

**Tesis de Licenciatura presentada al Departamento de Psicología
como requisito para la obtención del Título de:**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

La Paz - Bolivia
2019

DEDICATORIA

A mis padres que me apoyaron en este proceso de mi formación profesional.

Y un agradecimiento especial a mi tía Sofía, para ti, que aunque ya no estés, fuiste la persona que me inspiró a continuar con este tema de estudio.

AGRADECIMIENTOS

A todos los que me acompañaron y ayudaron en el camino de mi formación profesional.

A mi madre, porque sin su apoyo este viaje no se habría iniciado, a mis hermanas y sobrinas que conforman mi familia.

A mi tutora, por su paciencia.

A mis docentes en la Universidad, que me formaron con su conocimiento para llegar cada vez más lejos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
RESUMEN	1
CAPÍTULO I	2
INTRODUCCIÓN	2
I.1 Planteamiento del problema.....	2
I.2 Pregunta de investigación	8
I.3 Justificación	8
I.3.1 Justificación social	8
I.3.2 Justificación académica	11
I.3.3 Justificación contemporánea	16
I.3.4 Justificación legal	19
I.3.5 Justificación médica	21
I.4 Objetivos	24
I.4.1 Objetivo general	24
I.4.2 Objetivos específicos	24
I.5 Hipótesis	25
I.5.1 Hipótesis de investigación.....	25
I.5.2 Hipótesis nula.....	25
CAPÍTULO II	26
MARCO TEÓRICO	26
II.1 Autoestima.....	26
II.1.1 Definición de Autoestima	26

II.1.2 Componentes de la Autoestima.....	28
II.1.3 Niveles o tipos de autoestima.....	29
II.1.4 Importancia de la autoestima.....	30
II.1.5 Autoestima en el adulto mayor	31
II.1.6 La autoestima en el adulto mayor vista desde la perspectiva social	32
II.2 El apoyo social percibido	34
II.2.1 Definición de apoyo social	34
II.2.1.1 Las redes de apoyo social y sus características	36
II.2.2 Modelos del desarrollo social y relacionamiento en el envejecimiento	38
II.2.2.1 Teoría de la desvinculación.....	38
II.2.2.2 Teoría del contexto social	38
II.2.2.3 Teoría de la continuidad.....	38
II.2.2.4 Teoría de la actividad.....	39
II.2.2.5 Teoría de la ancianidad como subcultura.....	39
II.2.3 El apoyo social en el adulto mayor	39
II.2.4 La relación del apoyo social y el envejecimiento	41
II.3 La vejez y su evolución	42
II.3.1 El desarrollo humano.....	42
II.3.2 El desarrollo prenatal.....	43
II.3.3 La infancia	43
II.3.4 La adolescencia	44
II.3.5 La Juventud.....	44
II.3.6 La Adulthood temprana y mediana	45
II.3.7 El proceso de envejecimiento.....	45
II.3.8 Envejecimiento saludable y envejecimiento patológico	46
II.3.9 Características del proceso de envejecimiento.....	49
II.3.10 Enfoques del proceso de envejecimiento.....	49

II.3.10.1 Enfoque Psicológico.....	49
II.3.10.2. Enfoque Biológico	50
II.3.10.3. Enfoque Social	50
II.4 El Adulto mayor y la sociedad	50
II.4.1 La función de los adultos mayores dentro de la sociedad	50
II.4.2 La función y participación de los adultos mayores en la familia	52
II.4.3 Situación de los adultos mayores en el mundo	54
II.4.4 Situación de los adultos mayores en Bolivia.....	56
CAPÍTULO III.....	58
MÉTODO	58
III.1 Tipo de investigación	58
III.2 Diseño de investigación	58
III.3 Participantes	59
III.4 Muestreo.....	59
III.5 Ambiente	60
III.6 Variables	60
III.6.1 Definición conceptual	60
III.6.2 Definición operacional.....	61
III.6.3 Categorización de variables	62
III.6.3.1 Variable de apoyo social percibido.....	62
III.6.3.2 Variable Autoestima	62
III.7 Instrumentos.....	63
III.7.1 Escala de Autoestima de Rosenberg	63
III.7.2 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet.....	65
III.8 Consideraciones éticas	66
III.9 Procedimiento	67
III.10 Análisis de procesamiento de datos	69

CAPÍTULO IV	71
RESULTADOS	71
IV.4 Resultados de la distribución de la muestra poblacional en función al sexo	71
IV.4.1 Resultados descriptivos comparativos de los niveles de autoestima en general	72
IV.4.2 Resultados descriptivos comparativos del grado de apoyo social percibido en general	73
IV.4.3 Descripción de resultados de los niveles de autoestima en función al sexo	74
IV.4.4 Descripción de resultados del grado de apoyo social percibido en función al sexo.....	76
IV.4.5 Descripción de la relación de los niveles de la variable autoestima con la categoría familia de la variable apoyo social	78
IV.4.6 Descripción de la relación de los niveles de la variable autoestima con la categoría amigos de la variable apoyo social	81
IV.4.7 Descripción de la relación de los niveles de la variable autoestima con la categoría otros en general de la variable apoyo social	84
IV.4.8 Resultados de las correlaciones	87
CAPÍTULO V	89
CONCLUSIONES	89
V.1 Limitaciones	97
V.2 Recomendaciones.....	97
CAPÍTULO VI	100
REFERENCIAS.....	100
ANEXOS	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estudios realizados con Adultos Mayores en la ciudad de La Paz Bolivia	12
Tabla 2. Categorización de la Variable Apoyo Social Percibido	62
Tabla 3. Categorización de la Variable Autoestima	63
Tabla 4. Tabla de interpretación de los valores del coeficiente Spearman.	70
Tabla 5. Distribución de la muestra	71
Tabla 6. Tabla de frecuencias de los niveles de autoestima en general.	72
Tabla 7. Tabla de frecuencias del Grado de apoyo social percibido en general.	73
Tabla 8. Niveles de Autoestima en función al sexo, Mujeres.	74
Tabla 9. Niveles de Autoestima en función al sexo, Hombres.	75
Tabla 10. Grado de Apoyo social percibido en función al sexo, Mujeres.	76
Tabla 11. Grado de Apoyo social percibido en función al sexo, Hombres.	77
Tabla 12. Descriptiva correlacional entre Autoestima Positiva y Apoyo social percibido, categoría Familia.	78
Tabla 13. Descriptiva correlacional entre Autoestima Negativa y Apoyo social percibido, categoría Familia.	79
Tabla 14. Descriptiva correlacional entre Autoestima Media y Apoyo social percibido, categoría Familia.	80
Tabla 15. Descriptiva correlacional entre Autoestima Positiva y Apoyo social percibido, categoría Amigos.	81
Tabla 16. Descriptiva correlacional entre Autoestima Negativa y Apoyo social percibido, categoría Amigos.	82
Tabla 17. Descriptiva correlacional entre Autoestima Media y Apoyo social percibido, categoría Amigos.	83
Tabla 18. Descriptiva correlacional entre Autoestima Positiva y Apoyo social percibido, categoría Otros en general.	84

Tabla 19. Descriptiva correlacional entre Autoestima Negativa y Apoyo social percibido, categoría Otros en general.	85
Tabla 20. Descriptiva correlacional entre Autoestima Media y Apoyo social percibido, categoría Otros en general.	86
Tabla 21. Resultado de la correlación entre autoestima y apoyo social percibido.	87
Tabla 22. Resultado de las correlaciones entre las categorías del apoyo social percibido y la variable autoestima.	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra en función al género de los participantes, mujeres y hombres.....	71
Figura 2. Niveles de Autoestima del total de la muestra poblacional.....	72
Figura 3. Grado de Apoyo social percibido del total de la muestra poblacional.....	73
Figura 4. Niveles de Autoestima en la muestra de la población femenina de personas adultas mayores.....	74
Figura 5. Niveles de Autoestima en la muestra de la población masculina de personas adultas mayores.....	75
Figura 6. Grado de Apoyo social percibido en la población femenina de personas adultas mayores.....	76
Figura 7. Grado de apoyo social percibido en la población masculina de personas adultas mayores.....	77
Figura 8. Autoestima Positiva en relación al Apoyo Familiar Percibido.	78
Figura 9. Autoestima Negativa en relación al Apoyo Familiar Percibido.....	79
Figura 10. Autoestima Media en relación al Apoyo Familiar Percibido.	80
Figura 11. Autoestima Positiva en relación al Apoyo Social Percibido, Amigos.	81
Figura 12. Autoestima Negativa en relación al Apoyo Social Percibido, Amigos.....	82
Figura 13. Autoestima Media en relación al Apoyo Social Percibido, Amigos.....	83
Figura 14. Autoestima Positiva en relación al Apoyo Social Percibido, Otros en general.....	84
Figura 15. Autoestima Negativa en relación al Apoyo Social Percibido, Otros en general.....	85
Figura 16. Autoestima Media en relación al Apoyo Social Percibido, Otros en general.....	86

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet.	112
Anexo 2: Escala de Autoestima de Rosenberg.	113
Anexo 3: Modelo de carta y formulario de validación de instrumentos, para expertos.	114
Anexo 4: Ley 369, Ley del 1 de mayo de 2013, Ley general de las personas adultas mayores.	121
Anexo 5: Ley 369, Ley del 1 de mayo de 2013, Ley general de las personas adultas mayores, Capítulo Segundo de derechos y garantías.	123
Anexo 6: Ley 3323, Ley del 16 de enero de 2006, Capítulo IV gestión del seguro de salud para el adulto mayor.	124
Anexo 7: Cartas dirigidas a expertos para la validación de instrumentos	128

RESUMEN

La población de personas adultas mayores va en incremento y estas perspectivas serán plausibles para el año 2050. Teniéndose en cuenta que a futuro la mayor parte de la población actual pasará a formar parte de este grupo etario, se elaboró la presente investigación, con la intención de dar a conocer cuál es la importancia de la autoestima en las personas adultas mayores y como se relaciona esta con el apoyo social que perciben los adultos mayores tanto del entorno más cercano con el cual se relacionan, que viene a ser la familia, los amigos y también la importancia del apoyo social dentro del contexto de individuos que forman parte de una sociedad y realizan alguna actividad económica o se encuentran en receso, de manera tal que repercuta en menor o mayor medida, de manera positiva o negativa, en la construcción de la estima propia o autoestima del adulto mayor.

De esta manera, se procedió a la selección de los instrumentos de medición del apoyo social percibido; “Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet” y “Escala de Autoestima de Rosenberg”, para medir la autoestima, realizando la prueba piloto previa, para posteriormente aplicar los instrumentos en una muestra poblacional similar mediante la validación de instrumentos por parte de expertos en el área psicológica que avalen su aplicación. La muestra estuvo conformada por 300 adultos mayores de 60 años para adelante, los cuales fueron seleccionados en función al muestreo no probabilístico propio de estudios no paramétricos. Posteriormente a la aplicación de las pruebas seleccionadas, se efectuó la tabulación de los resultados obtenidos de cada uno de los participantes, para posteriormente realizar el debido análisis de datos y la elaboración de los resultados y conclusiones.

Lo resultados que se obtuvieron en la presente investigación dan manifiesto, de que sí existe una relación significativa entre autoestima y el apoyo social percibido en personas adultas mayores de la ciudad de La Paz.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I.1 Planteamiento del problema

Los seres humanos atraviesan por una serie de cambios propios del desarrollo, este desarrollo se produce en forma incremental y progresiva con la finalidad de llegar a un equilibrio al finalizar este proceso de evolución, en el cual a nivel orgánico o estructura física y a nivel mental una vez alcanzada la madurez e inteligencia adultas, siendo parte además de dicho proceso evolutivo el área de la afectividad y la creación de las habilidades de relacionamiento social que cada individuo va adquiriendo en este proceso de desarrollo constante. Posteriormente alcanzados los estadios de cada etapa del desarrollo, desde la infancia hasta la etapa adulta; este proceso de crecimiento y desarrollo conocido como ascendente, llega a transformarse en un proceso de desarrollo de involución o regresivo, con la aparición de una nueva etapa; la vejez (Piaget, 1991).

El envejecimiento según la Organización Mundial de la Salud (2017), es un proceso de la vida, que se constituye en cambios complejos a nivel biológico, daños moleculares y celulares, que producen un aumento en el riesgo de contraer enfermedades y como consecuencia a largo plazo la muerte. Los cambios percibidos en esta etapa de la vida, no son lineales, es decir que no se producen de la misma forma en todos. En algunos el funcionamiento mental y físico se encuentra en condiciones óptimas, mientras que otros necesitan apoyo debido a la pérdida de las capacidades biológicas y también porque ocurren cambios a nivel social, con la asunción de nuevos roles.

Según Papalia, el envejecimiento puede llevarse de dos maneras; uno se denomina envejecimiento primario y el otro envejecimiento secundario, que poseen características

distintas entre sí. El envejecimiento primario es el proceso habitual por el cual transitan todos los seres humanos indistintamente con deterioro a causa del desarrollo involutivo propio de la vejez, siendo el envejecimiento secundario lo opuesto, ya que existe la presencia de patologías o enfermedades (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2010).

Ballesteros (2002), también habla sobre los procesos del desarrollo en el ser humano, que comprenden crisis propias del desarrollo, cada una de ellas se supera para pasar a la siguiente. Cuando se llega a la etapa de la vejez, también se enfrentan crisis y cambios propios de la edad avanzada y en esta etapa del adulto mayor, se incorporan nuevos roles y comportamientos dentro de tres sistemas: biológico, psicológico y también social. El transcurso de esta etapa conlleva sus propios desafíos que se relacionan con el aspecto socio cultural del adulto mayor en el contexto de estos sistemas.

Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (2018), actualmente la población de personas mayores a los 80 años de edad alcanza 125 millones de habitantes y según proyecciones en el 2050 se incrementará la población adulta mayor a 434 millones y en otros países como Francia se dispone un crecimiento en 20% más de adultos mayores. En el continente asiático y africano se tiene previsto que países con altos ingresos tendrán un cambio drástico en cuanto a la repartición poblacional, tal como en Japón que actualmente tiene 30% del total de sus habitantes que se encuentran en situación de vejez que es comparable a la predicción del aumento poblacional en Chile, Rusia, Irán y China principalmente. La razón del incremento de habitantes adultos mayores se debe a una ampliación de la esperanza de vida que podría propiciar el emprendimiento de un nuevo estilo de vida y generación de actividades para estas personas, sin olvidar que la salud juega un rol importante dentro del envejecimiento.

Según el análisis realizado por parte de la Organización Mundial de la Salud OMS, (2015), conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud OPS, la población adulta mayor, ha ido creciendo gradualmente desde el año 2000. Las predicciones de crecimiento de la población de personas mayores a sesenta años en Norte América y América Latina, fue de 900 millones para el año 2015 y se estima un crecimiento de 1400 millones llegado el año 2030, incrementándose a 2100 millones en el año 2050. Los datos también muestran que la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará en 75 años para los hombres y 81 años para las mujeres y en Norte América y en Canadá la cifra será de 79 años en mujeres y 83 en hombres.

Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018), acerca de la población en general establecen que, en Bolivia, la población alcanza la cifra de 11.216.000 habitantes, con la predominancia de mujeres en un 50,7 % y en un 49,3 % de hombres. Del total de la población un 29,8% son menores de 0 a 14 años de edad, un 11,8% son personas adultas mayores y 58,4% son personas de entre 15 a 59 años de edad.

El cambio demográfico es tangible e implica el envejecimiento de la población. En Bolivia se tiene previsto que los adultos mayores pasarán a representar un 9,5% para el año 2020 y un 11,5 % en el año 2030. Este cambio es previsto debido a un aumento en la esperanza de vida, que establece que los hombres actualmente alcanzan los 69 años y las mujeres los 72 años y estas cifras tienden a ensancharse, lo que se presupone una esperanza de vida de 77 años para las mujeres y 70 para los hombres. En cuanto a la demografía actual las personas de 60 y más años de edad representan 996.415 personas del total de la población boliviana, los mismos residen en su gran mayoría en la ciudad de La Paz, seguida de Santa Cruz y Cochabamba (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

La realidad boliviana revela que, en los sectores rurales, se encuentra una buena parte de personas adultas mayores, esto debido a la migración de la gente joven a la ciudad,

produciendo altos índices de envejecimiento social con relación al biológico. Según una entrevista realizada a Calizaya, se tuvo conocimiento de que la esperanza de vida en esta población ha incrementado en los últimos años, por tanto hay una necesidad aún mayor de implementación de políticas sociales y públicas a favor del adulto mayor, coincidente con Pereira, las políticas de seguridad social y públicas podrían ayudar a que se aplaque la percepción social de envejecimiento igual obsoleto, percepción que se tiene del adulto mayor (Zapana, 2016).

En épocas pasadas el interés por saber acerca del bienestar de los adultos mayores no era un tema de vital importancia. Hoy en día se manifiesta un interés por conocer detalles acerca del bienestar de estas personas y esto tiene que ver con el aumento de su población a nivel mundial, lo cual genera una nueva perspectiva de la vida en esta etapa, que tiene que ver con una mejoría de la calidad de vida, entendiéndose la misma como un estado de sentirse bien tanto a nivel psicológico como a nivel físico teniendo en cuenta un funcionamiento homeostático, que complete la concepción del bienestar (Ortiz y Castro, 2009).

Según Machuca Cortez (2017), el cambio de la antigua perspectiva que la población tiene acerca de la vejez, hará permisible comprender de mejor manera este proceso de la vida. Sin embargo, el estigma de la percepción negativista acerca de la vejez aún se conserva y es visible mediante la difusión de mensajes que de carácter gerofóbico, término que se utiliza para denominar este fenómeno social que es el miedo a la etapa del envejecimiento. Estas actitudes fóbicas de la sociedad para con las personas mayores impiden que se les proporcione espacios de desarrollo social y productivo y les sea despojado el derecho de un envejecimiento bajo el respeto y dignidad. Establecer un nuevo paradigma de la concepción del envejecimiento, un estímulo diferente acerca de este tema generaría una mejora en la calidad de vida al envejecer, todo esto provisto por el apoyo que la sociedad pueda ofrecer en cuanto al mejoramiento de la vida del adulto mayor.

El concepto del apoyo social, parte de una construcción del mismo y se origina en una concepción bipolar entre la enfermedad y la salud, es decir; una percepción de apoyo social baja se relaciona con la enfermedad y su opuesto una percepción de apoyo social alto tendrá una relación con la salud en este entendido el apoyo social será la percepción que cada individuo tiene del mismo (Calvo y Díaz, 2004). El apoyo social se divide en apoyo social estructural y funcional, siendo el estructural el que mida la existencia de redes de interrelación de una persona con su entorno y relacionamiento en la sociedad y el funcional se encargará de medir el grado de apoyo percibido y recibido de una persona con relación al entorno y a su red de relaciones sociales, teniendo en cuenta que existen tipos de apoyo, los cuales son: el apoyo informacional, el tangible, el emocional, interacción social positiva y el apoyo afectivo (Rodríguez, Negrón, Toledo, Quiñones y Maldonado, 2015).

Según Vivaldi (2012), el apoyo social percibido puede ser percibido o contextualizado desde dos polos uno es cuantitativo y estructural y el otro será cualitativo y funcional valorando por una parte la red de apoyo y por otra parte la existencia de apoyo. Por tanto, existe una relación importante entre el apoyo social y los cambios que se producen a nivel biológico y psicológico en el envejecimiento. Dentro de lo biológico se presenta un deterioro físico y en el plano psicológico o cognitivo con evidencias del deterioro de la memoria y otras capacidades neurocognitivas. Es por este motivo que a nivel social se experimentan cambios y malestares que tienen que ver con la adaptación y aceptación que la sociedad provea para las personas adultas mayores, esto es a lo que se denomina el apoyo social, que puede variar en el grado en que sea percibido y el cual también a su vez esta entrelazado con la percepción que los adultos mayores tienen acerca de la autoestima (Esquivias y Roldán, 2015).

Hay factores relacionados con la salud no solo física sino también la salud anímica y mental de las personas mayores. La autoestima en esta etapa es primordial actualmente,

debido al aumento poblacional, se evidencian carencias en cuanto a la calidad de vida y la salud de estas personas, ya que también según investigaciones se presentan antecedentes de depresión e insatisfacción en el adulto mayor (Arriagada y Castro, 2009).

La autoestima según Morris Rosenberg, tiene una relación con los sentimientos originados dentro de un contexto positivo, éstos implican ser positivo con y hacia uno mismo, es decir hacer coincidir la autoimagen real con la autoimagen ideal que se tiene (Morris, 1965).

Dentro de los cambios que se producen en adultos mayores se tiene conocimiento de los desequilibrios anímicos que conlleva el envejecer, al igual que cualquier otra etapa de la vida con cambios considerados como críticos. La autoestima es un componente que se verá afectado, ocasionando cambios conductuales y variaciones del estado anímico (Arriagada y Castro, 2009).

En la temática de la autoestima en el envejecimiento se tiene entendido que esta variable está dividida en dos roles, la autoestima personal y la colectiva; por tanto, la participación del entorno social y la propia construcción de la valía personal se entrelazan y construyen entre sí la identidad social de la persona. Por eso y más en esta etapa la motivación del entorno, la sensación de pertenencia y ocupación de un lugar dentro de la sociedad es vital para favorecer a la imagen que cada adulto mayor tiene acerca de sí mismo. Al hablar de autoestima es posible apreciar su directa relación con la socialización que genera un nivel de la misma percibido como alto, mientras que en situaciones de estrés y ansiedad propias de esta edad se genera una autoestima baja y esto tiene una carga psicológica importante, que va ligada a la percepción de la calidad de vida que tienen los adultos mayores (Orosco, 2018).

La baja autoestima en la vejez también se debe a qué tanto apoyo social sea percibido y recibido del entorno familiar y social. La autoestima será entonces multifacética y

dependiente de otras variables en esta etapa, en la cual la autoestima es familiar, es social, es intelectual y es física también; por tanto, la baja autoestima que se percibe en la mayoría de personas mayores es dependiente de las redes de apoyo y preservación de la identidad como constructo personal a lo largo del desarrollo de la vida. Ocurridos los cambios económicos y sociales en esta etapa se producen desniveles y bajas en la autoestima, por la falta de autonomía en sus actividades diarias, por la toma de decisiones sin repercusión social o incapacidad de tomarlas, por condiciones de salud, como influencias del deterioro de la autoestima en esta etapa (Villavicencio y Rivero, 2011).

I.2 Pregunta de investigación

¿El apoyo social del entorno influirá en la autoestima de las personas adultas mayores?

I.3 Justificación

I.3.1 Justificación social

Se tomará como base un documento planteado por el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), en coordinación con el gobierno boliviano “Cuaderno futuro” que establece que en el año 2010 se incrementó la población adulta mayor que se encuentra entre la edad de sesenta años, hecho por el cual los programas de inclusión social, y mejoras en la salud se incrementarían hasta la actualidad (De la Torre, 2011).

En una proyección propuesta por datos estadísticos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se revela que la población adulta mayor podría sobrepasar los dos millones de personas para el año 2030, por lo cual se plantean distintos puntos de abordaje que tienen que ver con la asistencia económica y la reintegración a la sociedad, ya que se debe tener en cuenta que estas personas en esta etapa en la cual deberían encontrarse en actividades más ligeras, en su gran mayoría aún son activos bancarios,

empresariales, industriales u obreros, que siguen aportando con su trabajo a familias o por necesidades propias (INE, 2015).

Según Camacho (2012), la población del mundo atraviesa por cambios estructurales, los cuales están relacionados al envejecimiento de la misma. Consecuentemente en Latinoamérica, la población de personas mayores de 60 años, doblará su cifra actual dentro de 40 años. Se espera un panorama similar para Bolivia ya que para el año 2020, el porcentaje de adultos mayores que viven tanto en la zona rural como en la ciudad crecerá a razón de más de un millón de personas.

Teniendo en cuenta que la población envejece, también se atribuye la sobrecarga laboral en esta etapa, los problemas de salud y otros inconvenientes habituales dentro del medio social, que con la correcta intervención en cuanto a mejoras de la calidad de salud, y otros podrían ofrecer a las personas de la tercera edad la posibilidad de que estos males disminuyan con el correcto abordaje e interés por parte del gobierno y la sociedad en general (De la Torre, 2011).

Dentro de los cambios físicos y psicológicos, se debe tener en cuenta la repercusión que los mismos tienen dentro del área social, ya que en la mayoría de los casos implican la dependencia del adulto mayor en cuanto a servicios a largo plazo. La inclusión de estas personas a la sociedad es importante (Aranco, Stampini, Ibararán y Medellín, 2018).

Otro aspecto importante dentro de la socialización en las personas mayores tiene que ver con la estructura en la familia y sus transformaciones; que abarcan situaciones tales como, las migraciones poblacionales, o familias con un número más reducido de miembros, los problemas maritales que derivan en divorcios y otros son situaciones que, hacen que una gran mayoría de personas adultas mayores vivan solas (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2018).

Según datos proporcionados por la Organización no gubernamental Helpage, un porcentaje del 68,1 % de la población de personas adultas mayores de 60 años, son generadores activos de ingresos económicos, dentro del área urbana y rural, en trabajos formales y otros menos formales, pero continúan promoviendo ingresos para el país. Esto significa que, de cada diez personas adultas mayores, siete son personas que desempeñan su labor en fuentes de trabajo, consideradas independientes; como, por ejemplo, albañilería, carpintería y comercio, también en el trabajo de oficina tanto privada, como estatal, por ejemplo: bancos y empresas privadas, mientras que en el área rural su trabajo consiste en la siembra y cosecha. Son datos que reflejan las condiciones y actividades que realizan los adultos mayores en el territorio boliviano. Si bien existen normas que están relacionadas con la protección y seguridad social para las personas adultas mayores, el cumplimiento de las mismas, atraviesa falencias que hacen que su cumplimiento sea parcial (Pérez, 2014).

La mirada de la sociedad acerca del envejecimiento hace que se invisibilice la labor y las actividades que desarrollan las personas adultas mayores día a día, lo cual implica una desigualdad de oportunidades y la exclusión de estas personas. Dentro del contexto social, en Bolivia la condición del envejecimiento va asociada en muchos casos con la pobreza y la desigualdad, además de problemas relacionados con la baja calidad de la seguridad y protección social que se brinda a esta población y que hace entre ver la vulnerabilidad en los adultos mayores, que carecen de la solidaridad de la población en general (Camacho, 2012).

La autoestima en la etapa del envejecimiento vendría a ser una de las variables psicológicas que también tiene un papel importante y de abordaje dentro de un contexto psicosocial, en cual debería establecerse constantes evaluaciones y seguimiento para producir una nueva respuesta conductual en los adultos mayores, todo esto teniendo en cuenta las necesidades de esta población, el entorno social y contexto de familia de los mismos. La resignificación de esta etapa y el aumento de la calidad de vida para estas

personas dentro de la etapa del envejecimiento, es importante además del desarrollo de habilidades sociales y apoyo social, tendrían una repercusión en la mejora de la autoestima en el adulto mayor (Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

Rodríguez (2008), hace mención de la autoestima dentro el contexto social del adulto mayor, ya que el crecimiento de esta población y el aumento en la esperanza de vida, es considerable y hace más evidentes los problemas de esta etapa. En una sociedad acelerada por los cambios tecnológicos, sociales, políticos; son factores que provocan que los adultos mayores se resguarden en la imagen de la jubilación o retiro de funciones, en la minusvalía y sea difícil generar una representación simbólica de estas personas en la sociedad, quedando relegados de la misma.

Este sentido de no pertenencia, de no ser tomados en cuenta y la aparente incapacidad de cumplir funciones laborales o demandas familiares hacen que la autoestima en esta etapa sufra considerables daños, traducéndose en el sedentarismo, la inactividad o receso de la mayoría de actividades sociales y la retracción del desempeño de sus funciones, debido a su percepción de que ya no aportan a la sociedad. Estos prejuicios derivan de una concepción transpolada del entorno social a la concepción del adulto mayor y se ven en la indiferencia y el olvido social, provocando el desapego y desvalorización o valoración negativa, destronando la construcción individual y colectiva de estas personas acerca de sí mismas, traducida en la pérdida de la autoestima (Rodríguez, 2008).

I.3.2 Justificación académica

Dentro del territorio boliviano, se han realizado varios estudios con adultos mayores, tomando en cuenta distintas perspectivas de estudio. Para elaborar el presente documento se revisaron documentos bibliográficos de los cuales hay trabajos con adultos mayores en que se realizaron intervenciones desde distintos enfoques y en diferentes casas de estudio, fruto de esta revisión, en la tabla 1, se presentan los datos principales de aquellos trabajos considerados relevantes para el presente estudio.

Tabla 1. Estudios realizados con Adultos Mayores en la ciudad de La Paz Bolivia

TÍTULO	AUTOR	FUENTE	AÑO
La Autovaloración en sujetos de la Tercera Edad en Centros de Actividades Múltiples (C.A.M)	Zenón Estanislao Del Castillo Camacho	Universidad Mayor de San Andrés UMSA	1998
El sentido de Vida en un Grupo de Mujeres de la Tercera Edad Integrantes de un Centro de Asistencia al Anciano	Nancy Natalia Zamora Soto	Universidad Católica de San Pablo UCB	1999
Manifestación del sentido de Vida en Personas de la tercera Edad No Institucionalizadas	Sonia Marilú Aguirre Raya	Universidad Católica de San Pablo UCB	2004
Animación Sociocultural en Gerontes Institucionalizados del Hogar María Esther Quevedo de la Ciudad de La Paz, Para mejorar la Calidad de Vida	Ramiro Valentino Pardo Burgos	Universidad Mayor de San Andrés UMSA	2008
Autopercepción del Proceso de Envejecimiento En la Organización Awichas de Pampahasi y la Comunidad de Chachapoya del Departamento De La Paz	Maruja Deysi Luque Pinto	Universidad Mayor de San Andrés UMSA	2010
Programa de Capacitación y Sensibilización Dirigido a los Adultos Mayores, A partir De la Invisibilidad del Maltrato Psicológico	Esther Gonzales Torres	Universidad Mayor de San Andrés UMSA	2012
Validez de la Escala ADAS-COG, Para la Evaluación de la Demencia Tipo Alzheimer en Adultos Mayores de 65 a 80 años que asisten al Centro de Rehabilitación Neurocognitiva Mente Activa de la Ciudad de La Paz	Silvia Karen Mendizábal Michel	Universidad Mayor de San Andrés UMSA	2013
Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado	Stefanie Leandra Mariaca Sejas	Universidad UMSA	2013
Influencia del Apoyo Social Percibido, Factores Sociodemográficos y Socioeconómicos Sobre la Depresión en Personas Adultas Mayores del Área Urbana de la Ciudad de La Paz	Milushka Noemí Pacheco Halas	Universidad La Salle	2017

Fuente: Elaboración propia

Pardo Burgos (2008), realizó su estudio con personas institucionalizadas en un hogar geriátrico de la ciudad de La Paz. Esta investigación parte de una pregunta ¿Es posible que a partir de la inserción de un programa de actividades grupales participativas se pueda mejorar la situación adaptativa en las personas ancianas institucionalizadas para prevenir posibles estados de tristeza o extremos casos de depresión? es dentro de este contexto que el autor trata de ahondar en el estilo de vida que se tiene para personas residentes dentro de una casa de reposo y trata de incentivar un sentido de vida satisfactorio para estas personas mediante su propuesta. Dentro de los objetivos de su estudio, se trata de reducir los niveles de depresión en personas adultas mayores institucionalizadas en esta casa de reposo ubicada de la ciudad de La Paz y como objetivos específicos se genera el interés de crear actividades con la finalidad de mejorar la calidad de vida en base a un Programa de Animación Socio Cultural. La aplicación del programa en sesiones de corta duración debido a la muestra poblacional. Se realiza con un grupo de mujeres residentes de esta casa de reposo. Los resultados y conclusiones a las que se llegó en este estudio son: Evidentemente si es posible mediante las actividades grupales, determinar la existencia de depresión y es posible reducir el grado de depresión en los adultos mayores, además de crear redes de apoyo.

Otro estudio realizado en la ciudad de La Paz por Gonzales (2012), refiere en su contenido la problemática que surge con relación al maltrato psicológico que reciben los adultos mayores. Para este fin, se tuvo en cuenta como muestra poblacional en el Centro de Orientación Socio Legal para Adultos Mayores (COSLAM) al personal de atención y los asegurados, formando grupos focales con la finalidad de utilizar la técnica de la narrativa, además de entrevistas y la utilización de métodos audiovisuales referidos al tema. Lo planteado en este estudio se resume en la siguiente pregunta ¿Cuáles tendrían que ser los contenidos claves de un Programa de Capacitación dirigido a los adultos mayores, que permita sensibilizarlos y concientizarles sobre la visibilización del maltrato infringido a esta población? Esta pregunta tiene que ver con la falta de un banco de datos

en el cual se recepcionen los casos de maltrato para el adulto mayor, se realice una correcta intervención y solución de este tipo de problemas. Los objetivos de esta investigación son primeramente proponer el Programa de Capacitación para Adultos Mayores con la finalidad de identificar y hacer visibles los indicios de maltrato psicológico, todo esto teniendo en cuenta una línea base de tiempo e identificar las categorías, tipología, frecuencia e intensidad del presunto maltrato psicológico, que se pretendió modificar en base al programa de autoría propia. Dentro del proceso de esta investigación se logró tener indicios de que evidentemente hay presencia de violencia dentro de la situación planteada para con las personas del estudio, por tanto, se realizó un trabajo de detección bajo el enfoque preventivo del maltrato en adultos mayores y por ende la depresión como otra variable que está relacionada.

Del Castillo Camacho (1998), explica que la autovaloración en esta etapa asume un papel importante, por tanto, será el centro de esta investigación descriptiva. Por tanto se tomó como muestra poblacional tres grupos, dos para realizar el pilotaje del cuestionario de autovaloración y un grupo conformado por personas adultas mayores con 28 mujeres y 47 hombres denominado “Huellas del tiempo” en el cual se aplicó el cuestionario y se trabajó en función de los objetivos planteados de incentivar a las actividades sociales, a que se conformen grupos que contengan en su haber valores de amistad y respeto teniendo como base la hipótesis del estudio que fue la inadecuada autovaloración de sí mismos. Como resultados de este estudio se encontró que los adultos mayores divorciados y viudos no se auto valoran lo suficiente es decir tienen una elaboración personal baja, en otros casos valoran más la concepción de lo que fueron en el pasado, las personas catalogadas como solteros tienen una elaboración personal alta, y se concluye con la concepción de que el estado civil influye en cuanto a la percepción de sí mismos al igual que el ser una persona institucionalizada o vivir en su casa propia. El nivel de instrucción educacional también influiría en la autovaloración personal.

El estudio de Luque Pinto (2010), muestra el trabajo con dos poblaciones una ubicada en la Ciudad de La Paz, con personas adultas mayores que conforman una organización de ancianos y ancianas denominado “Awicha” y con un grupo de adultos mayores de la Comunidad de Chachapoya. El problema del que se parte, es la auto percepción que tienen las personas adultas mayores acerca de su propio envejecimiento, esto con el objetivo de incentivar a la construcción de políticas de atención en psicología, además de explicar el proceso fisiológico del envejecimiento y finalmente comprender aspectos afectivos, emocionales y cognitivos que se presentan en esta etapa. En los resultados obtenidos de este estudio primeramente en base a lo afectivo, que los hijos, la familia y la convivencia con la familia, personas que generan una visión acerca de su proceso de envejecimiento, además de la relación en pareja siendo la compañía de la misma lo que les genera expectativa. El lugar donde viven también se considera un aspecto importante y las emociones frecuentes que se registraron son la tristeza y la alegría, siendo ambas dependientes de la presencia o ausencia de las personas importantes para los adultos mayores. En cuanto a conclusiones se percibe una necesidad de apoyo de los hijos y familia, la calidad de vida y aspectos como la alimentación o el cansancio que se experimenta en esta etapa inciden sobre lo que es, auto percepción que tienen de sí mismos.

En la investigación de Zamora Soto (1999), se corroboran los antecedentes con relación a la percepción que las personas adultas mayores tienen acerca del sentido de la vida. Las participantes de este estudio fueron mujeres adultas mayores de 65 a 75 años de edad, de un centro de asistencia geriátrica. Se valoró el aspecto de las mujeres en la asunción del rol de amas de casa o figuras de autoridad durante el transcurso de su vida, además de tener como objetivos el conocer las actividades que se realizan en esta etapa, que o como entienden la vejez y principalmente el sentido que le dan a su vida como personas pertenecientes a una casa de reposo. Como resultados y conclusiones que el desarrollo del concepto de calidad de vida estará determinado de varios componentes,

tales como: aspectos internos, aspectos externos, de salud, estado psicológico, relacionamiento con el entorno social y la resiliencia como una de las características generales de los adultos mayores con relación a la calidad de vida.

Pacheco (2017), en su investigación señala la importancia de las variables que se presentan en el contexto social económico y demográfico en el envejecimiento. El estudio se realizó en la Ciudad de La Paz, en una casa de reposo o institución geriátrica, en la cual se propuso como objetivo general, medir las siguientes variables; calidad de vida, aspectos socio demográficos entendiéndose los mismos como la posición social que representa esta población dentro del contexto boliviano y los aspectos socioeconómicos comprendidos como la calidad económica e ingresos que perciben, además del apoyo social con que cuentan dentro de su nueva condición de pasar de ser personas activas dentro del entorno laboral a ser personas jubiladas y las condiciones de vivienda que algunos tienen y en otros casos de personas institucionalizadas en un hogar geriátrico y como todas estas variables influyen en ellos. Por tanto, en el desarrollo de su estudio, se planificó la creación de una batería de pruebas que midan estas variables. Finalmente se llegó a la conclusión de que unas variables influyen más que otras, pero el apoyo es un factor fundamental para estas personas, ya que, según los resultados obtenidos, los aspectos depresivos sumándose la carencia de recursos para sustentarse que le restan calidad a su vida son aspectos importantes a tener en cuenta como aporte de información que genere una expectativa de mejoría para los adultos mayores.

I.3.3 Justificación contemporánea

En estos años se han experimentado cambios con relación a la demografía de la población a nivel mundial. Según corresponsales del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en América Latina y el Caribe esta transición se puede apreciar en las cifras otorgadas por las tasas de mortalidad y de fecundidad o fertilidad con la relación al

nacimiento con decesos y nacimientos de pocos hijos, eso quiere decir que en gestiones pasadas, el crecimiento de la población era mayor que en la actualidad que se aprecia una disminución de la tasa de fertilidad con relación a la del envejecimiento (Ibarraran y Medellín, 2018).

Lo que sugieren estos cambios en la demografía, es que actualmente existen más personas que se encuentran en edad de trabajar, es decir personas adultas que aportan a la economía mundial con relación a adultos mayores y niños, entendiéndose este periodo como “el bono demográfico” que en cierta forma supone más ingresos económicos y la posibilidad de implementar planes de seguridad social y servicios de salud. Sin embargo y a pesar de haber catalogado a este periodo de tiempo como una oportunidad de crecimiento económico se debe tomar en cuenta que esta población activa se encuentra dentro de las proyecciones de la población que está envejeciendo por tanto se debe proveer de recursos que promuevan un estilo de vida saludable llegada la vejez (Ibarraran y Medellín, 2018).

Llegada la etapa del envejecimiento se suceden reajustes en cuanto al auto cuidado, las limitaciones para movilizarse, para comunicarse como ejemplos de los cambios más bruscos dentro de la funcionalidad que cada persona tiene y va perdiendo gradualmente en esta etapa, siendo dicha funcionalidad o capacidad funcional lo que permite realizar tareas y actividades diarias sin ayuda, que por ese mismo hecho merecen la debida atención. Este proceso es un proceso multifactorial en el cual influyen variables relacionadas con la salud y la socio demografía y otras variables que inciden teniendo una fuerte repercusión las variables cognitivas, las patologías y trastornos emocionales propios de este proceso que afectarán de manera directa la funcionalidad del adulto mayor (Paredes, Pinzón, Yarce y Aguirre, 2017).

Dentro de lo que se comprende como modificaciones en las funciones físicas y sociales en los adultos mayores, además de acontecimientos de cambio más profundo como el hecho de dejar de lado el desempeño de su trabajo habitual y quedar en receso, son factores que van a afectar la percepción que los adultos mayores tienen sobre sí mismos, a esto se le suma las concepciones de la edad con relación a la productividad. En una sociedad actualizada, la palabra que denomina a los adultos mayores, como “viejos”, no es más que una etiqueta, sin embargo, esta etiqueta tiene una connotación de incapacidad, de inutilidad, lo cual da como resultado, una concepción distorsionada haciendo que los adultos mayores ante la sociedad parezcan ser personas incapacitadas, incidiendo directamente en los niveles de autoestima que tiene cada individuo (Orosco, 2018).

En lo concerniente a todos los cambios que se producen en la etapa del envejecimiento y el avance o desarrollo de este sector de la población, es preciso hablar de la calidad de vida, que tiene que ver con una satisfacción de vivir lo mejor posible esta etapa final del ciclo vital. Para este fin se debe buscar un modelo de utilidad y productividad para el adulto mayor, teniendo en cuenta que el aspecto de la calidad de vida es un proceso objetivo que cumple la función objetiva de mejoras en el curso de la vida también es un proceso subjetivo hasta cierto punto, pues abarca las distintas percepciones de la cantidad de personas adultas mayores que se encuentren dentro de este proceso. El abordaje de la calidad de vida del adulto mayor, debe circundar las áreas de la capacidad funcional o autonomía, la del soporte o apoyo social, además de la salud mental y la psico emocional; ya que son variables que inciden de manera importante y conjunta sobre el estado de las personas mayores (Aponte, 2015).

Cuando hablamos del apoyo social, se hace referencia según Vivaldi (2012), a las expectativas que se tiene acerca del apoyo, de las redes sociales creadas de las cuales se recibe y se percibe apoyo, es en este entendido que el bienestar será una variable subjetiva que dependerá de factores originados en la dinámica social, en lo que puede ofrecer el

entorno, variando la expectativa de la misma según la etapa y la edad de cada persona. Sin embargo y teniendo en cuenta que el apoyo social está conformado tanto por una perspectiva cualitativa funcional y otra cuantitativa estructural la existencia del mismo genera un tema de interés particular con relación al adulto mayor, que percibe y encuentra en el apoyo social una especie de protección contra las consecuencias negativas del estrés, de malestares generales y de problemas para realizar sus nuevas funciones habituales. Por estos motivos las redes de apoyo en esta etapa que en la generalidad están conformadas por la familia, amistades y otros son recursos humanos que generan estabilidad a la concepción de vida en el envejecimiento, siendo de vital importancia.

La importancia de las redes de apoyo se entrelaza con la concepción y expectativa que los adultos mayores tienen acerca de su propia condición, que si bien se habla de autoestima en la vejez, como una expectativa de sentirse incluidos, sentirse útiles en cuanto al desarrollo de sus actividades, el sentirse estimado; como ejemplos de lo que el entorno ofrece agregado a la valía del adulto mayor, la concepción que ellos mismos tienen acerca de su propia estima es distinta, ya que se encuentra entre dos polos o ideas, que son: el querer trabajar, seguir aportando y la contradicción de la misma que es el no poder porque ya no será bien recibido por la sociedad, sumándole a esto la constante estigmatización social de que el envejecimiento en lugar de ser una etapa más del ciclo vital, represente un problema, definitivamente se produce un desnivel o baja en la autoestima, generando en el adulto mayor una añoranza del pasado y una desadaptación de su contexto presente. Por tanto, se agrega un peso más que resalta el hecho de la baja autoestima que se genera en el adulto mayor (Villavicencio y Rivero, 2011).

I.3.4 Justificación legal

En lo que corresponde al ámbito legal, el desarrollo de las políticas públicas con relación a los cambios demográficos, aún está incompleto en el sentido de que no responde

a la nueva realidad generada por estos cambios en la población, que requiere de un trabajo conjunto intergeneracional que apoye a este proceso de transición. Cambiando en si el enfoque que actualmente se tiene sobre el envejecimiento hacia una realidad que es parte del ciclo vital y de carácter positivo (Camacho, 2012).

Mediante las disposiciones presentadas en el artículo 3 de la ley 369 (Ver anexo 4), se compilan los derechos que las personas adultas mayores poseen, como habitantes bolivianos, siendo los tres primeros incisos los que redactan la prohibición de afectar a esta población evitando el maltrato, la exclusión y desigualdad. Los incisos siguientes detallan lo que actualmente se establece dentro de las políticas de prevención y desarrollo de este sector poblacional; la solidaridad, el respeto de criterios y cultura, la promoción de la inter generacionalidad y la participación económica social y política. Y finalmente se dispone ampliar la calidad de redes de acceso a los diferentes servicios de salud y sociales, de modo tal que sean beneficiosos para contribuir a las necesidades de los adultos mayores y promuevan su autonomía como grupo social (Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2012).

Otra de las normativas que corresponden a este sector de la población boliviana tiene que ver con otra problemática en cuanto al trato y atención en la prestación de servicios. Los artículos 7 y 8 de la ley 369 (Ver anexo 5) de los adultos mayores, establecen como propuesta al sector de adultos mayores, que se garantice un buen trato para este sector de la población boliviana y se recalca la promoción del respeto con la finalidad de favorecer a la calidad de vida para el adulto mayor (Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2012).

Según Camacho (2012), las normativas para las personas adultas mayores propuestas por el gobierno, ya fueron oficialmente publicadas, pero no son cumplidas en su totalidad. Este incumplimiento está relacionado con una realidad de difusión de las mismas, ya que, si bien se conocen en ciertos sectores de la población, son desconocidas en muchos otros

sectores de la población boliviana. También hay que tener en cuenta la resistencia a la aplicación de estas normativas debido a una infraestructura limitada y la incapacidad de la autoridad para hacer vigentes dichas normativas, generando desigualdad entre lo planteado por las leyes y lo que realmente acontece en cuanto al cumplimiento de los derechos humanos de los adultos mayores.

De la Torre (2011), menciona en una publicación de la PNUD, que el tema de la salud en el adulto mayor también se trata desde un modelo o perspectiva de comunidad, esto determinado por el artículo 29601 publicado en el año 2008 (Ver anexo 6), que promueve la Salud Comunitaria Intercultural a través del SAFCI, que tiene un enfoque del envejecimiento desde el momento del nacimiento. Este modelo de salud en la comunidad se plantea dentro de un marco legal en el Plan Nacional de Desarrollo en el cual se pretende una reivindicación de la salud, la educación y los servicios sociales teniendo en cuenta el sentido de una reivindicación cultural que se traduce en el *Suma Qamaña* que es el Vivir Bien en comunidad. Estos principios establecidos a partir de una nueva perspectiva en salud para los adultos mayores se plantean a través de la presentación de la norma legal que describe los beneficios y servicios que tiene el Seguro de Salud para el Adulto Mayor SSPAM mediante la Ley 3323, emitida en la fecha del 16 de enero del año 2006, durante el mandato del ex presidente Eduardo Rodríguez Veltzé.

I.3.5 Justificación médica

En América latina, el Caribe y Norte América, hay indicios de que se tomaron medidas estratégicas con relación al tema de la salud en la vejez. Este antecedente data del año 2002, año en el que fue aprobada por la Organización Panamericana de la Salud la resolución sobre en el envejecimiento y la salud, continuando con este proceso en el año 2016, conjuntamente con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL y la Organización de los Estados Americanos se aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Los temas enmarcados dentro de estos documentos, se centran en un abordaje de la salud para el envejecimiento, pero este proceso es un proceso idealista, ya que en la mayor parte de los países que conforman América y el Caribe se desconoce y se le resta atención a la realidad del crecimiento de esta población, esto acompañado por una desigualdad en el proceso de establecer cambios, teniendo en cuenta los problemas propios que surgen en esta población como ser las enfermedades de curso crónico, la demanda o dependencia del cuidado de otros hacia su persona, los problemas de salud que generan discapacidades, que a su vez precisan de un replanteamiento en los servicios de salud con una planificación de la atención que ofrezca cobertura de gastos de salubridad (Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

Existen proyecciones de un incremento de personas adultas mayores, por tanto se debe proyectar un enfoque integral de la salud, teniendo en cuenta también que el envejecimiento es un proceso individual, es preciso regular las necesidades de protección social y salud, que si son posibles de realizar, no obstante sigue estando presente el desconocimiento de un enfoque integral de atención de la salud para los adultos mayores. La atención para el adulto mayor tiene deficiencias en cuanto a los servicios prestados, la cobertura y la atención que no cubre las necesidades de este sector de la población que forma parte de una nueva realidad demográfica (Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

En cuanto al acceso a los servicios de salud como derecho universal, para la generalidad de personas que se encuentran en la etapa de la vejez; este tema se torna en una constante lucha en la cual las personas adultas mayores a nivel Bolivia demandan una mejora en los servicios de la salud, además de la mejora de atención, entendiéndose este punto en la atención con calidad y calidez humana que forma parte de los derechos de todo ser humano (Helpage, 2012).

La calidad de vida, será un aspecto importante que dependerá tanto de la parte biológica como de la psicológica. Los cambios que se generan en el adulto mayor a nivel físico son entendidos como fracasos que finalmente terminarán en un mal funcionamiento del organismo traducido en diversas patologías, que harán que estas personas a nivel psicológico vean con más objetividad el transcurso de su vida pasada con relación a su actual vivencia. Las patologías y otros aspectos generan en el adulto mayor un grado de conciencia diferente acerca de lo que le acontece y concibe de manera diferente los acontecimientos que se consideran críticos y que son dependientes de factores estresores, que independientemente de la resiliencia de estas personas dependerá del apoyo social que reciban para afrontar los mismos (Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

La salud y el bienestar, además de la calidad de vida en el adulto mayor, dependerán de la asimilación de esta etapa que no significa el final, sino que al contrario es una etapa en la cual se procesan cambios de integración en lo social. La conformación de estructuras sociales o redes de apoyo, partiendo de la estructura primaria que es la familia son de beneficio, ya que inciden de manera directa sobre aspectos de la salud psicológica y fisiológica del adulto mayor, generando un clima cálido para la posibilidad del desarrollo de la estima personal, con relación a este cambio vital por el que atraviesan (Cardona, Estrada, Chavarriaga, Ordoñez y otros, 2010). En esta etapa se presentan cambios importantes y la conjugación de los factores biológicos con lo psicológico juega un papel importante en el cual el adulto mayor también está redefiniendo su personalidad y en la mayoría de los casos los adultos mayores transitan por alguna patología que también determinará su manera de comportarse y adaptarse o no al entorno, por estos motivos el apoyo social sería el factor de cambio que ayude a la reestructuración de estos individuos (Zavalaga, Vidal, Castro, Klaseen y Quiroga, 2006).

Desde el punto de vista de la medicina y salud en el adulto mayor y dentro de la concepción del bienestar en esta etapa, se incluirán tres aspectos, uno es psicológico, otro el biológico y el social. Estos tres aspectos se ven inferidos funcionalmente hablando, ya sea debido a patologías, o por el deterioro normal y jugarán un rol importante en la actividad intelectual, emocional y la relación con el entorno del que envejece, creando

desequilibrios homeostáticos, que harán que la auto percepción y autoestima de los adultos mayores cambie radicalmente. En algunos casos se presenta una adaptación anímica lo que se traduce y parte de la autoestima positiva, mientras que si la desadaptación y la no homeostasis priman se habla de una autoestima negativa, fenómeno que se presenta con demasía en esta población, debido a la falta de estímulos que motiven desde su entorno interno o apoyo primario a que este sentimiento de autovaloración se mantenga en el transcurso del envejecimiento (Peña, Moreno y Bazán, 2009).

I.4 Objetivos

I.4.1 Objetivo general

- Determinar el grado de relación que existe entre autoestima y apoyo social percibido en adultos mayores que viven en la ciudad de La Paz.

I.4.2 Objetivos específicos

- Describir los niveles de autoestima en las personas adultas mayores, que viven en la ciudad de La Paz.
- Determinar el grado del apoyo social percibido que tienen las personas adultas que viven en la ciudad de La Paz.
- Determinar si existen diferencias significativas en el nivel de autoestima en las personas adultas mayores, que viven en la ciudad de La Paz, en función del sexo.
- Determinar si existen diferencias significativas en cuanto al grado del apoyo social percibido, en personas adultas mayores en función al sexo.
- Analizar si la autoestima positiva en función de la variable de apoyo social será mayor en personas adultas mayores, con relación a la familia.
- Analizar si la autoestima negativa en función de la variable de apoyo social será

mayor en personas adultas mayores, con relación a la familia

- Analizar si la autoestima media en función de la variable de apoyo social será mayor en personas adultas mayores, con relación a la familia
- Analizar si la autoestima positiva en función de la variable de apoyo social será mayor en personas adultas mayores, con relación a los amigos.
- Analizar si la autoestima negativa en función de la variable de apoyo social será mayor en personas adultas mayores, con relación a los amigos.
- Analizar si la autoestima media en función de la variable de apoyo social será mayor en personas adultas mayores, con relación a los amigos.
- Analizar si la autoestima positiva en función de la variable de apoyo social será mayor en personas adultas mayores, con relación a otras personas en general.
- Analizar si la autoestima negativa en función de la variable de apoyo social será mayor en personas adultas mayores, con relación a otras personas en general.
- Analizar si la autoestima media en función de la variable de apoyo social será mayor en personas adultas mayores, con relación a otras personas en general.

I.5 Hipótesis

I.5.1 Hipótesis de investigación

H1. Existe un nivel de relación significativa entre el apoyo social percibido y autoestima en personas adultas mayores, que viven en la ciudad de La Paz.

I.5.2 Hipótesis nula

Ho. No existe un nivel de relación significativa entre el apoyo social percibido y autoestima en personas adultas mayores, que viven en la ciudad de La Paz.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.1 Autoestima

II.1.1 Definición de Autoestima

En función a lo planteado por Rosenberg (1985), la autoestima como tal, surgirá o derivará del concepto del self esteem, término que hace referencia a la auto valía, es decir la auto percepción que cada individuo tiene acerca de sí mismo.

Cuando se hace referencia al concepto de autoestima se debe tener en cuenta que la misma es una construcción personal e individual, pero que también tiene un fuerte componente colectivo, que se irá desarrollando desde la infancia con las múltiples relaciones e interacciones sociales de cada persona. Al igual que la autoestima alta, la considerada baja tendrá sus propias características; Inseguridad al momento de tomar decisiones por miedo al fracaso de las mismas, se antepondrá la carencia del sentido de bienestar consigo mismos, ansiedad, pasividad, dependencia hacia otras personas, falta de esfuerzo, pesimismo y la discontinuidad de seguimiento de procesos y metas planteadas, (Polaino, 2000).

La conceptualización de autoestima, generara perfiles de acción en las personas y convergirá con características propias dependientes del nivel que se posea en función de esta variable. En la caracterización de autoestima alta, se tendrá en cuenta a personas capaces de conversar sin miedo con otras personas, que se sientan bien con relación a la construcción de su identidad, serán participativos, creativos, personas con la capacidad asertiva de aceptación de retos, capaces de expresar sus opiniones y emociones, conocedores de sus cualidades positivas y se capacitados para sobrellevar con esfuerzo el planteamiento de metas (Branden, 1995).

Nathaniel Branden (1995), se refiere a la autoestima y la establece como un factor importante dentro y por medio del cual, se generará la construcción de la propia personalidad y que la misma intervendría con el desarrollo social y percepción personal de cada individuo. Además, autoestima tiene un carácter de construcciones subjetivas que cada persona hace acerca de sí misma. En la mayoría de casos en los que se presentan problemas tales como el consumo de bebidas alcohólicas, abuso de sustancias o toxicomanías, conductas violentas, inmadurez afectiva o emocional, conductas relacionadas a cometer crímenes, la angustia e incluso el miedo, son conductas resultantes y consecuentes a una autoestima baja.

Según Casas (2005), la autora Virginia Satir, también hace referencia a autoestima y establece que en esencia la misma es un concepto que puede derivar en un sentimiento, en imágenes relacionadas o en actividades que serán transmisibles por medio de la conducta que reproduzca la persona, siendo esta conducta el producto final de esta cadena. La valía personal, es decir la percepción que se tiene acerca de sí mismo, acompañada del sentir o sentimiento de cada persona por sí misma, son los dos elementos base de la autoestima.

La autoestima estará compuesta tanto de factores colectivos como de factores individuales, que se entrelazan en el transcurso de su construcción, sin embargo, algunos autores como Branden, por ejemplo, le atribuyen una mayor importancia a la valoración interna o autovaloración que proviene de adentro, es decir de la misma persona y se proyecta en la persona hacia el exterior. Lo que hace comprender a la valía que proporciona el entorno, como un elemento no menos importante, pero si secundario cuando se trata el tema de la construcción de autoestima (Branden, 1995).

Según varias y distintas conceptualizaciones el concepto de la autoestima será consecuente o derivación de la terminología self-esteem. Del concepto del self de la autoestima se tienen en cuenta tres enfoques distintos; uno estará dirigido al interés en alguna característica específica u objeto en la persona, siendo el segundo enfoque el que

se centre en la concepción de lo real contra lo ideal y finalmente el tercer enfoque que es el que la mayoría de las personas conocen ya que están implicados en el mismo, procesos de respuesta psicológicos que se pueden evidenciar en el aprecio o rechazo que cada persona tiene con relación hacia la percepción de sí mismos (Polaino, 2000).

II.1.2 Componentes de la Autoestima

Dentro de la Autoestima se hallan estructuras que componen la misma, según Roa (2013), se ha determinado que en la autoestima están presentes tres componentes que se mencionan a continuación.

- Componente afectivo, es aquel que dependerá de la percepción de cada individuo acerca de la valoración que le otorgue a cada acción que realice, o alguna característica personal que sabe o considera tener, a la cual puede establecer como especial o restarle valor. Es en este punto en el cual dependiendo del tipo o nivel de autoestima que posea la persona se podría denotar el carácter favorable o desfavorable de dichas características, teniendo en cuenta el proceso subjetivo que conlleva.
- Componente cognitivo, es el encargado de determinar la representación, ideación, creencias, el conocimiento y el manejo de la información; es decir, cómo se procesan estos datos a partir del entendimiento de cada individuo de manera personal. Este componente afianza la manera de pensar, lo que se procesa acerca de uno mismo, es la capacidad de representar todas las concepciones actuales y futuras, que cada persona va formándose desde la infancia hasta la última etapa de la vida.
- Componente conductual, es el componente activo por llamarlo de alguna manera, ya que se verá determinado con la resolución de la toma de decisiones, es decir; lleva la realización de dichas decisiones y tiene un carácter que va en

busca de ser reconocido, de demostrar a los demás lo que se tiene, pero parte de la subjetividad de cada persona y lo que proyecta o pretende en su desempeño.

II.1.3 Niveles o tipos de autoestima

La definición con relación a cuantos niveles de autoestima tenemos presentes, varía en función del autor. Para Morris Rosenberg, la autoestima está conformada por tres niveles, los cuales son:

- Autoestima alta, caracterizada por la aceptación plena e incluso muy por encima de una valoración objetiva.
- Autoestima media, es un estado de equilibrio y aceptación de uno mismo, sin embargo, se produce en forma parcial.
- Autoestima baja, caracterizada por la no aceptación de uno mismo, llegando a sentir desprecio por uno mismo (Rosenberg, 1965).

Según Mercadeo (2011), la autoestima se divide en niveles o tipos, según los cuales se establecerá su funcionalidad y el grado en el cual es percibido el concepto de autoestima. La categorización de autoestima es la siguiente:

- Autoestima alta, que tiende a mantener un equilibrio y adecuación normal. Se caracteriza por la aceptación y autovaloración de carácter positivo que una persona posea acerca de si misma.
- Autoestima baja, se torna contraria a la autoestima alta por su tendencia al desequilibrio anímico. Dentro de sus caracterizaciones, se halla la ausencia de

auto valoración positiva de la persona, se considera la negativa de las cualidades personales y existe la tendencia de la infra valoración personal.

II.1.4 Importancia de la autoestima

La validez del concepto de la autoestima, radica en su carácter de fundamental e imprescindible para la conformación del desarrollo personal. Su implicación directa se establecerá en la parte afectiva de cada persona con relación a la concepción de sentimientos de carácter positivo y negativo que reflejaran el grado de auto valoración que cada persona considera y establece acerca de cómo se percibe así mismo y en cuanto a la creación de la auto imagen, en la cual se establecerán parámetros de respeto y estima que también se dirigirán hacia su persona (Bastida de Miguel, 2018).

El interés que se establece con relación a la creación o revalorización de autoestima se encuentra principalmente en las atribuciones de carácter positivo atribuyendo para sí, el desempeño en cuanto a la toma de decisiones, supervivencia y la capacidad de funcionamiento de cada persona. Será también, parte del crecimiento interno de cada persona y la valoración de sus potenciales y habilidades con relación a su participación dentro del ámbito social en el cual la autoestima no solo obedecerá a un orden psicológico y afectivo sino también a, aspectos derivados en la generación de recursos financieros partiendo de la autoestima la competitividad dentro de este contexto (Almudena, 2003).

Autoestima será relevante en pro de la construcción interna del desarrollo personal y subjetivo de cada individuo, como hace referencia (Bastida de Miguel, 2018) , es en base a la misma que se establecerán sentimientos, pensamientos y experiencias que serán constantemente evaluadas a partir de este componente, a lo largo del ciclo vital siendo su finalidad objetiva la promoción de la estabilidad afectiva y el pilar del bienestar. La contra cara de la autoestima será la autoestima baja, que tome de la persona los aspectos contrarios, que desencadenen sentimientos negativos, la decepción de uno mismo y que

no tendrían beneficio alguno desde ningún punto de vista, por estos aspectos la autovaloración positiva de autoestima servirá de base para la consecución de metas elaboradas, planificaciones futuras, estrategias resolutivas ante problemas y otros aspectos que partirán del constante aprendizaje del autoconocimiento y auto valoración que parte de la autoestima.

II.1.5 Autoestima en el adulto mayor

Llegada la etapa del envejecimiento se sucederán cambios propios del desarrollo y crecimiento habitual en los seres humanos, establecidos dentro del campo biológico, psicológico y social, que no implican una ruptura sino más bien significan una continuidad. Es en esta etapa también que, se evidencia en el adulto mayor una carencia del sentido de identidad, el mismo que estaría entrelazado con la conceptualización de la autoestima y que a su vez se verá reflejada en el comportamiento frente al entorno social, económico y cultural, con la manifestación de crisis que harán evidente la trascendencia de los ajustes pequeños y grandes que acontecen en el continuo cambio y desarrollo de la autoestima de la persona que envejece y se halla en la continuidad de un proceso de adaptación y creación de autoestima (Viguera, 2010).

La construcción de la autoestima, es un proceso que se presenta de manera gradual a lo largo del paso del tiempo según (Vega, Ramos, Barrios y Quintero, 2015), donde se van enlazando ideas acerca de la misma, que no solo tienen que ver con la conducta o el pensamiento que se tenga acerca de este concepto, sino que también la imagen que el adulto mayor perciba acerca de sí mismo marcará esta etapa y el grado o nivel de autoestima que se tenga. Lo que conocemos de la autoestima en un plano más superficial va relacionado a la belleza o roles que se crea poseer.

En esta etapa de la vida, se produce una visión diferente acerca de lo que es autoestima. La importancia que genera esta nueva perspectiva se sustenta en servir de base para

muchas de las acciones que llevará a cabo la persona mayor y que dependiendo de si esta sea baja o alta, se producirá una conducta acorde a las expectativas que esta persona tenga de sí misma (Asociación mexicana de geriatría y gerontología, 2016).

Entonces, en una primera parte el concepto de autoestima del adulto mayor, se presentará acompañado de un fuerte componente social en el cuidado que aún se conserve de la propia imagen, esto visto de forma explícita en el cuidado del arreglo personal y por otra parte, de manera implícita o sutil en la mantenida perseverancia de la construcción social que cada persona hace acerca de su estima personal, desde la juventud hasta la vejez (Vega, Ramos, Barrios y Quintero, 2015).

El componente vital de la valoración de uno mismo, en la etapa del envejecimiento, juega un papel clave y es vista desde tres puntos principales en los cuales se parte del Yo, que es correspondiente a la actitud y comportamientos que la persona demuestra normalmente. En una segunda posición o lugar, se evidenciará el entorno más próximo a la persona, este mismo tiene que ver con las distintas relaciones o lazos formados con su entorno, en el cual intervienen las amistades, los familiares y otras personas con las cuales se haya desarrollado un tipo de relacionamiento. Y finalmente dentro la autoestima del adulto mayor propiamente dicha, que tendrá una dimensión más extensa, ya que será comprendida desde su diría interacción con el entorno social externo, es decir la sociedad en la cual vive y de la cual forma parte, en la cual se prepondera su imagen vista desde la cultura social y los conceptos que se manejan en este entorno con relación a su propio envejecimiento (Asociación mexicana de geriatría, 2016).

II.1.6 La autoestima en el adulto mayor vista desde la perspectiva social

La identidad, es un concepto que se genera a partir de construcciones o ideaciones personales, sin embargo, el factor socializador de la personalidad siempre estará presente, puesto que para la creación de la misma también está la interacción con los grupos de

referencia, los cuales siguen siendo funcionales llegado el envejecimiento pues suponen la auto identificación con una nueva etapa de vida (Villegas y Pérez, 2009).

Dentro del contexto social del adulto mayor, tanto la autoestima como el sentido de identidad siguen un proceso conjunto y paralelo, que en el adulto mayor sugiere cambios estructurales ya que, a estos acontecimientos se le adicionan sentimientos de tristeza, soledad y melancolía que en su generalidad tiene que su directa aparición con las crisis que acontecen a causa de los reajustes de la edad (UNAM, 2016).

El envejecer sin duda, conlleva sus propias adaptaciones y reajustes, en los cuales un adecuado nivel de autoestima ocuparía la posición de amortiguador frente a situaciones adversas las cuales estarían dentro de sus capacidades de resolución, según (Orosco, 2015).

El contenido social está inmerso cuando de autoestima en el adulto mayor se trata, esto por el hecho mismo, de que la concepción de autoestima se presenta en todas las etapas de la vida, pero sobre todo en la del envejecimiento apunta al bienestar y es este componente el que se estudiara para valorar el estado anímico y de auto valía en el adulto mayor. Según (Alonso Palacio y otros, 2010), hay una tendencia a encuadrar a las personas adultas mayores dentro de ciertos conceptos que se manejan a nivel social, tales como la pretensión de saber cuál es la conducta que deben tener o los roles que deben asumir, con la finalidad del cumplimiento que les impone la sociedad y que si no es acorde a la misma genera un vacío, un espacio del adulto mayor que no se conecta a este encuadre, ya que si la valoración de la sociedad se solventaría en el conocimiento de la percepción e intencionalidad de la construcción que el adulto mayor elabora acerca de su propio envejecimiento, se llegaría a potenciar las cualidades de esta etapa y que por ende conllevaría el incremento del bienestar partiendo de un sentido óptimo de autoestima y auto valorización resignificada.

Socialmente el anciano es visto bajo una concepción de descartable, al no hallarle la funcionalidad que en su juventud le hacía incorporar una parte activa de una sociedad consumista. Es este mismo hecho el descrito por (UNAM, 2016), que derivara en un desajuste y la abstracción de la figura de adulto mayor, como ser social que se ve encasillado en la asunción de nuevos roles y situaciones que le acontecen en esta etapa de la vida, que inciden en la autoestima constituida con relación a las nuevas eventualidades, que por la falta de apoyo y acceso a la reincorporación como sujeto social el adulto mayor se verá relegado a la idealización de tiempos pasados dañando las ideaciones de su presente tangible.

La etiqueta que antecede al adulto mayor cuando de percepción social se habla, es la terminología (viejo), que hace alusión a una situación de receso de las funciones laborales, receso de la funcionalidad en sí y sobre todo acontece la connotación de personas que conformaran un grupo social sí, pero vista como lo restante de la misma. Es esta estigmatización de la sociedad la que hace que la incorporación de los ancianos a la sociedad, sea deficiente, difícil y un antecedente de los desajustes que se sucederán posteriormente, a nivel psicológico, social y afectivo en vista de que por su condición de ser personas no funcionales se mantienen en una posición de marginalidad social que pudiese ser diferente si el contexto social ampliara la visión acerca de lo que acontece en el entorno de la ancianidad (Orosco, 2015).

II.2 El apoyo social percibido

II.2.1 Definición de apoyo social

La teorización del concepto del apoyo social surge en el año 1954, con John Barnes, que hacía referencia a las conexiones que de este concepto surgen y son denominadas redes de apoyo social, las mismas que dejaran su huella en las relaciones interpersonales de cada persona, según sean establecidas (Aranda y Pando, 2013). La teorización del

concepto del apoyo social comienza en los años cincuenta y va evolucionando con el paso del tiempo, pasando por cuestionamientos específicos acerca del rol de las mujeres y la problemática del acceso a fuentes de trabajo y esto determinado por la sociedad, ya que las mujeres de ese entonces asumían roles diferentes a los actuales en los que se evidencia la asunción del trabajo y manutención familiar.

Posteriormente la teoría de las redes de apoyo social, estuvo direccionada a las relaciones de apego y desapego de la madre con el hijo, en la cual existe una necesidad afectiva, que en cierta forma marco la evolución de esta teoría ya que para años posteriores se comenzó a interpelar la construcción de vínculos entre personas y la relevancia en la satisfacción que generan las mismas en el sujeto, el grado de confianza que se crea a partir de estos vínculos y la adaptación a este proceso según cada individuo. Finalmente, dentro del proceso de desarrollo del apoyo social en las últimas décadas, desde los años 1980 hasta la actualidad, se trasciende los cambios teóricos y direccionales delo que representa el apoyo social (Aranda y Pando, 2013).

En definición el apoyo social es por una parte la conjunción de instrumentos percibidos y recibidos que puedan ser proporcionados por grupos de personas de una comunidad, en base al establecimiento de conexiones denominadas redes de apoyo, mediante las cuales se tendrá la finalidad de proveer apoyo material, informativo y emocional, que impliquen la satisfacción de las personas que se beneficien de estas condiciones (Pérez y Daza, 2007).

Según Fachado, Menéndez y otros (2013), definen apoyo social como el grado de las necesidades básicas que puedan ser solventadas mediante la interacción con otras personas y se adquieran por este medio un sentido de pertenencia, de seguridad, afecto e identidad.

Para Mosqueda y Mendoza (2015), el apoyo social sera concebido como una conjuncion de aportes o beneficios, que seran recepcionados a partir de la creación de

relaciones con personas allegadas, amigos, las instituciones y la comunidad por ejemplo. Dentro de su marco conceptual, el apoyo social posee tres dimensiones:

- Apoyo instrumental, será el soporte en base a recursos e instrumentación material y servicios.
- Apoyo cognitivo, va dirigido al relacionamiento entre personas, el traspaso de información de una persona a otra, además de la posibilidad de intercambiar conceptos con relación a un determinado tema de interés de demandas realizadas por otras personas del entorno, con la finalidad de la elaboración de estrategias de solución de problemas.
- Apoyo emocional, contemplará la vinculación afectiva entre personas que establecen relaciones de reconocimiento y respeto en pro de la creación de autoestima, que se manifestaran a su vez en la transmisión inter personal de pensamientos y sentimientos.

II.2.1.1 Las redes de apoyo social y sus características

Según Arias (2018), el concepto de las redes de apoyo social es valorado y evaluado a partir de sus características funcionales, de estructura y los vínculos o conexiones que las componen. Las características de tipo estructural serán:

- La densidad entendida como la relación entre las personas que conforman la red de apoyo, el tamaño que viene a ser el número de personas que forman parte.
- La distribución que será el equivalente a la ubicación y establecimiento de relaciones entre las personas de la red.
- La dispersión que apunta a la distancia entre uno y otro miembro.

- Y finalmente la homogeneidad y heterogeneidad, que establece las diferencias e igualdades sociales, demográficas y culturales entre los miembros que conforman la red de apoyo social.

La funcionalidad de las redes de apoyo social también posee características mediante las cuales puede evidenciarse su área de aplicabilidad (Arias, 2018):

- Compañía o acompañamiento social
- Servirá de guía y elaborará consejos a seguir
- Brinda apoyo emocional
- Presta ayuda material
- Produce el acceso a servicios y nuevos contactos que se vinculen a la red de apoyo

Finalmente, los vínculos o conexiones serán parte de las funciones, sin embargo, estos serán temporalmente permanentes (Arias, 2018).

- Se caracterizan por su multidimensionalidad, con relación al número de funciones que engloba
- Reciprocidad
- Intimidad
- La historia
- La frecuencia de los contactos, es decir la mantención de los vínculos creados.

El proceso mediante el cual operan las redes del apoyo social se gráfica, dentro de un mapa, que tiene la finalidad de ordenamiento de las distribuciones de los vínculos, la composición de la red y establecer las inter relaciones entre los miembros de la red, además de ser la herramienta de información de recursos a utilizar para la creación de relaciones y vínculos de apoyo social (Arias, 2018).

II.2.2 Modelos del desarrollo social y relacionamiento en el envejecimiento

II.2.2.1 Teoría de la desvinculación

Este supuesto teórico establece que, llegada la edad y la entrada al envejecimiento, se producirá en ellos una susceptibilidad al desarrollo de una conducta de aislamiento, conducta que suele evidenciarse en la pérdida gradual de las relaciones sociales del adulto mayor. Sin embargo, esta relación entre la desvinculación del área social se explica por razones de transición, es decir, la conducta en cuestión se verá precedida por la exposición a una situación estresante o de sobrecarga que sobrepase las defensas del adulto mayor en cuestión (Saez, Melendez y otros, 1993).

II.2.2.2 Teoría del contexto social

Los componentes sociales, como ser las normas, creencias y costumbres propias del adulto mayor, conformaran parte de su concepción acerca de lo que es el área social en la cual se establece, sin embargo dentro de esta área también hay factores de influencia social que ponderan sobre la condición de los ancianos; la economía, la salud y las relaciones de apoyo social, son factores del contexto social que pueden influir de forma positiva o negativa en el adulto mayor (Saez, Melendez y otros, 1993).

II.2.2.3 Teoría de la continuidad

En esta teoría se propone una continuación de momentos que acontecen en el transcurso de la vida y que se verán reflejados en los momentos críticos que transcurren para el adulto mayor, sobre los cuales ya sabrá cómo y de qué manera actuar, esto debido a que en anteriores etapas aprendió y forjó ciertos recursos de afrontamiento ante ciertas situaciones, de modo tal; que no le serán desconocidas estas decisiones y el hecho de retomar estas conductas en caso de que sean necesarias, ya que de todas formas implicarían una continuidad de un proceso establecido (Saez, Melendez y otros, 1993).

II.2.2.4 Teoría de la actividad

Esta teoría surge en la modalidad de responder a la teoría de la desvinculación, ya que propone la utilidad o funcionalidad como la condición principal para ser feliz, que en la teoría de la desvinculación se retraía por el cese de actividad traducido en la jubilación de la persona adulta. Es entonces que si bien no se habla de la labor de aporte económico se hace referencia a la socialización de adulto mayor y su implicación en la transmisión de los valores familiares dentro del hogar, que si bien en algunos hogares se mantiene; el modernismo y los constantes cambios sociales van transformando constantemente la función y ponen a prueba la adaptación del anciano a su nuevo rol (Saez, Melendez y otros, 1993).

II.2.2.5 Teoría de la ancianidad como subcultura

Dentro de esta teoría, las personas adultas mayores pasarían a conformar grupos a partir de características compartidas, como por ejemplo el aislamiento o distanciamiento social prosiguiendo con los mecanismos propios de la socialización, que por el tipo de características en común que poseen los harían conformar un grupo social entendido como una subcultura o grupo aislado, con su propia filosofía, forma y concepción de vida, pensamiento y conductas adquiridas dentro de su concepción del contexto de socialización (Saez, Melendez y otros, 1993).

II.2.3 El apoyo social en el adulto mayor

Al hablar del apoyo social se hará referencia a las conexiones que se establecerán con diversas personas, ya sea por afinidad, por necesidad o como parte del desarrollo personal. La cuestión básica de este aspecto en la vejez se evidencia con el entorno familiar, los cuidadores primarios, la pareja o personas allegadas, que definirán el grado de satisfacción o insatisfacción que la persona adulta mayor tenga según se establezcan o perduren estas conexiones (Martelo, Galván, De la Hoz y otros, 2015).

La condición principal del apoyo social es la conformación de redes de apoyo, las mismas que son constituidas en el transcurso del desarrollo humano, desde la infancia hasta la vejez. Este proceso de conformación de redes sociales esta siempre en un constante construir y reconstruir y que en el caso particular de las personas adultas mayores se presenta una variabilidad en cuanto a la presencia de las mismas, esto quiere decir, que algunos adultos mayores cuentan con una amplia red de apoyo social mientras que otros tienen menos posibilidades de generación de las mismas. Otros datos de la escasez de redes de apoyo social podrían estar asociadas al fallecimiento de seres allegados, amigos y familiares, además del cambio de condiciones vitalicias tales como el ingreso a una casa de reposo o el receso laboral (Arias, 2018).

La vejez es un proceso en el que el adulto mayor comprende a cabalidad cuales son las redes de apoyo con las que realmente cuenta. La atención a este tema se centra en las instancias en las cuales se establece el apoyo social para el adulto mayor, que como se tiene entendido se establece con grandes variaciones en la llegada a cada anciano que precisa de las mismas; por tanto se trataría de una carencia de recursos por medio de los cuales el apoyo social debería poder sobrellevar las necesidades de trabajo, la salubridad, el ingreso económico y la generación de políticas de atención social en la vejez; ya que esta sería la finalidad perseguida en la conformación de las redes de apoyo social para el adulto mayor, teniendo previsto que vayan en pro del desarrollo de una vejez digna (Ramos y Salinas, 2010).

El incremento de la población adulta mayor es un hecho previsible a nivel mundial, por tanto, la teorización de los nuevos retos que se establecen a partir de este acontecimiento, se suponen estrategias preventivas de cambio que como especifican (Figuroa, Santos y otros 2016), el tratamiento de la vejez tendría que vincularse a la mejora de la calidad de vida de estas personas en lugar de la preservación de la imagen de la población que se transforma en longeva aceleradamente. Entendiéndose las desavenencias que no en todos los casos, pero si en la mayoría de ellos se presenta en cuanto a la salud de los ancianos

principalmente y su directa repercusión en el campo social, el tema del apoyo social reaparece como un factor clave en el sentido de soporte de problemas tales como ser dolencias físicas, enfermedades de tipo crónico y sobre todo en situaciones de problemas afectivos, depresión y estima personal.

La concepción del apoyo social en la vejez es un tema del cual se hace un seguimiento por la implicación de la conformación de las redes de apoyo que se gestan en la interpretación que el anciano realiza acerca de su propia interacción con los demás. El adulto mayor seguirá manteniendo relación con su entorno y creando relaciones interpersonales, e incluso estableciendo en su experiencia de vida la conformación de un nuevo rol como pareja, que en muchos de los casos, la conformación de un vínculo de pareja será importante para la mantención de un estado de ánimo favorable e incluso signifique la mejora de la situación de vida del adulto mayor, ya que en esta etapa a diferencia de lo que se interpreta desde algunos puntos de vista sociales, el adulto mayor sigue conservando las facultades de vinculación social que tendrán una variabilidad en función a cada sujeto, a sus relaciones de familia y la manera en que se desarrolle dentro del ambiente social (Arias, 2018).

II.2.4 La relación del apoyo social y el envejecimiento

El apoyo social dentro de su definición tiene que ver con las políticas sociales e investigaciones realizadas previamente en función de las necesidades de un determinado sector poblacional, en el cual se aplicarán programas interventivos y preventivos que cumplan con las exigencias pero que también puedan ser solventados por la red de apoyo en cuestión. Es en este sentido que, el apoyo social en la vejez estará direccionado a la prestación de ayuda instrumental, que pueda proporcionar una mejora del área afectiva y emocional en base a la creación del sentido de vida que la sociedad pueda brindar a los adultos mayores. Otra de las posibilidades que el apoyo social provee al anciano, es el soporte, retro alimentación y promoción de la salud y la re activación de las actividades

personales, que al funcionar como un soporte también generará una percepción subjetiva del adulto mayor con relación a las redes asociales de apoyo de las que formará parte y las cuales poseen un sentido de reivindicación de derechos y obligaciones, pero principalmente de generación de un sentido de auto valía y afectividad por parte de su entorno (Arias, 2018).

Cada vez que se entra en materia, en cuanto a lo que acontece en el envejecimiento, se hacen predominantes los problemas que surgen con relación a la misma y cuáles serían los mecanismos de los cuales pueda sustentarse el adulto mayor para el afrontamiento de las crisis venideras. Es por esta razón que el apoyo social se considerará una parte elemental del desarrollo del funcionamiento social del anciano, que será el directo beneficiario de las condiciones instrumentales que sostiene proveer el apoyo social, en torno a dos condiciones básicas: lo que se percibe y lo que se recibe de las redes de apoyo (Cadenas, Martínez y otros, 2009).

Según Santos de Santos (2009), el envejecimiento con relación a las redes de apoyo social, viene a significar cambios que serán evaluados como positivos, ya que el producto final, lo que se observará en la lectura del contexto en el adulto mayor y el apoyo social, apunta directamente a la integración con la sociedad y la adaptación a cambios que generalmente son los que servirán de base para las relaciones sociales que conforme y mantenga el adulto mayor, con la promesa de una reducción de los factores y condicionantes que afecten el desarrollo evolutivo del adulto mayor, factores considerados riesgosos o de riesgo.

II.3 La vejez y su evolución

II.3.1 El desarrollo humano

El desarrollo humano, implica cambios que se producen en el ser humano durante el transcurso del tiempo. Sin embargo, el hecho de que se produzcan cambios, no implica

necesariamente desarrollo. Siguiendo la lógica del desarrollo, se plantea que, estos cambios se producirán de forma estructural en base a mecanismos o procesos de cambio, que se verán reflejados de manera individual en cada sujeto y que a su vez van serán dependientes también de factores ambientales; es decir del contacto y relación establecida de cada persona con su entorno (Piaget, 1991).

II.3.2 El desarrollo prenatal

Es un proceso que se establece en la etapa de gestación hasta el nacimiento. Este proceso estará comprendido por tres fases: Germinal, embrionaria y finalmente la fetal. El curso de la misma implica el desarrollo y crecimiento del bebé dentro del vientre materno, hasta que se concrete su formación y desarrollo y este apto para el alumbramiento o nacimiento (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

II.3.3 La infancia

En función a lo planteado por Jean Piaget (1991), se define la infancia en dos periodos, el Estadio Pre operacional y el Estadio de Operaciones Concretas.

- Estadio Pre operacional, empieza a los 2 años y culmina en la edad de 7 años. Se caracteriza por el pensamiento simbólico que el niño tiene para representar el mundo externo. El lenguaje comienza a desarrollarse y se aprecia la conducta egocéntrica propia de esta etapa. Dentro de su ideación y pensamiento se halla la tendencia a proporcionar sentimientos y actitudes a objetos inanimados por la lógica infantil de la interacción con los mismos, que va cambiando a medida que se acerca la posterior etapa.
- Estadio de operaciones concretas, comienza a los 7 años de edad y termina a los 11 años. Se caracteriza por la flexibilidad del pensamiento, aprendizaje y corrección de las acciones en función de sus necesidades. En situaciones como el

juego se puede evidenciar la socialización que en la etapa anterior era menos racional y también aparece la capacidad de abstraer y formular hipótesis o rechazarlas sin haberlas comprobado.

II.3.4 La adolescencia

En la adolescencia se sucederán cambios importantes. Tiene su inicio a los 15 años y se extiende a los 20 años aproximadamente. Comprende cambios fisiológicos, tales como el ensanchamiento de caderas y crecimiento de glándulas mamarias, además del desarrollo del aparato reproductor femenino. En el caso de los varones el cambio de la voz, desarrollo del aparato reproductor masculino y aumento del vello corporal. En cuanto a los cambios en el pensamiento, aparece el razonamiento caracterizado por el juicio de la realidad y el aumento de la conciencia. Como parte del comportamiento se evidencian las primeras crisis de identidad y conformación de grupos de socialización (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

II.3.5 La Juventud

Se iniciará a los 20 años y proseguirá su curso hasta los 40 años de edad aproximadamente. Esta etapa se caracteriza por la llegada al máximo de las capacidades vitales, comprendiendo aspectos de salud, fortaleza y fertilidad en el caso de las mujeres. A partir de los 25 años se considera el descenso de las capacidades funcionales, por tanto, es en esta etapa que se hacen cambios importantes de vida, que regulen el estado de la salud. El pensamiento sigue siendo flexible, pero bajo una lógica dialéctica de cumplimiento con compromisos y responsabilidades, vinculado a la capacidad de resolver problemas, que se verán en la conformación de nuevas formas de relacionamiento como ser, la conformación de una pareja estable y la asunción de nuevos roles, paternidad, maternidad y desarrollo laboral (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

II.3.6 La Adulthood temprana y mediana

Se centra en dos momentos, la edad adulta temprana y media o mediana, que se establece en los 40 años de edad a los 65 años de edad. Se caracteriza por cambios a nivel físico, psicológico, biológico y social. Se presentan las afecciones físicas y emocionales propias de las crisis o cambios que acontecen de forma externa e interna. En cuanto al pensamiento se establece una conciencia de vida, se replantean metas y condiciones de vida futuras, además del afrontamiento de situaciones de vida que comprometen el funcionamiento del organismo, es decir; posibles enfermedades y las alteraciones a nivel hormonal que determinan la aparición de la menopausia en las mujeres y la andropausia en los hombres. En cuanto al aspecto social, se produce una condición de socialización con grupos de afinidad y dentro del entorno familiar con personas más cercanas. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2009).

II.3.7 El proceso de envejecimiento

La vejez ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (2015), como consecuente del paso del tiempo, lo que generará cambios en la estructura física, biológica y mental, a causa de la progresión del deterioro molecular y celular que anticipa con mayor facilidad el riesgo de enfermedades que debido a estos cambios tienden a complicarse, trayendo consigo consecuencias fatales en la vejez.

La adultez tardía o vejez, se inicia a la edad de 60, incluyendo edades avanzadas que conllevan a su vez la etapa concluyente del ciclo vital. El proceder del envejecimiento posee cualidades propias que podrían derivar en condiciones críticas o favorables en la adultez tardía (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Esta etapa tiene sus propias características que al igual que los cambios producidos en el desarrollo de etapas anteriores, generan cambios estructurales, físicos y psicológicos. Según la Defensoría del Pueblo (2015), el envejecimiento o la vejez será un proceso que

se presenta de manera natural y tendrá variaciones evidentes entre una persona y otra, las mismas que serán evidentes en el carácter individual de dicho proceso y en la manera en la que se presenten en cada persona.

Otra definición de la vejez según Martínez, Mitchell y Aguirre (2013), establece que la vejez o envejecimiento, es parte del proceso del desarrollo del ciclo vital, que se sucederá de forma única y no replicable; puesto que el envejecer incorpora cambios que se producen de una determinada forma diferencial de una persona a otra. El envejecer físico es el cambio más evidente, sin embargo, las transiciones que conlleva este proceso se extienden incluso a las propias creencias, los valores practicados y la personalidad del adulto mayor, estableciéndose nuevas formas de socialización en base a nuevas esquematizaciones mentales conformadas dentro del envejecimiento.

Si bien los cambios que se generan en la vejez son habituales, el proceso del envejecimiento es individual; es decir que no se produce de la misma manera en todos y estará relacionado al tipo de envejecimiento que este cursando el adulto mayor (Organización Mundial de la Salud, 2015).

II.3.8 Envejecimiento saludable y envejecimiento patológico

El envejecimiento tiene dos polos, o formas de presentarse en las personas, el curso y manifestación del mismo depende de varios factores, es por esto que se dice que el envejecimiento es un proceso multifactorial, que tendrá dos tipos de presentación o manifestación: El envejecimiento denominado normal y el de curso patológico. El envejecimiento saludable o normal, tiene que ver con las condiciones de salud favorables, además del aspecto de la calidad de vida y una correcta integración o conjunción con la parte social del adulto mayor, sin olvidar que el envejecimiento conduce a la disminución de muchas de las capacidades, que en este polo específicamente, la discapacidad o dificultad por el avance de la edad no sucede, puesto que está provisto de características positivas dentro del mismo (Caballero, 2010).

Según Peña (2012), el envejecer de manera normal, es decir sin patologías que acompañen su desarrollo demarca el inicio de una nueva etapa del ciclo vitalicio, en cual la persona que está envejeciendo debe enfocarse en la adaptación a los cambios que acontecen en su propia vivencia; es decir procurarse una visión interna en el sentido favorable que prosigue el ciclo de envejecer normalmente ligado al bienestar.

Según lo planteado por Ayuso (2007), la condición de la pérdida del funcionamiento habitual del organismo es una realidad que ya viene anticipada en la etapa de la edad adulta, en la cual los órganos van utilizando sus sistemas compensatorios funcionales por tanto, se trata de un desgaste gradual que se verá reflejado en la última etapa de la vida que es la vejez. Sin embargo, se tiene conocimiento de que esta fase de la vida puede ser transitada de manera saludable, lo que implica tener un buen estado de salud gracias a un concepto denominado plasticidad del envejecimiento que ayuda a que se propicien cualidades positivas que retrasen los problemas de salud y funcionalidad en el envejecimiento.

El envejecimiento patológico es definido por Caballero (2010), como un proceso que implica cambios en los sistemas del organismo de las personas que envejecen. Estos cambios tendrán el estigma de la desadaptación de un proceso de curso normal en cual se presentará la sintomatología y deterioro o empeoramiento de las facultades del funcionamiento orgánico, denominado enfermedad. Siendo el organismo envejecido o en proceso de envejecer, un probable factor a la predisposición de que se manifieste algún tipo de patología por la fragilidad del mismo.

El envejecimiento como proceso, antes se generaba de manera diferente y esto tiene que ver con la aparición de nuevas problemáticas que se producen en torno a este proceso y que se originan como parte de las nuevas condiciones de vida a las que se enfrentan las personas adultas mayores, es entonces que al referirnos al envejecimiento patológico también se abordaran las enfermedades neurodegenerativas sobre las cuales el

tratamiento, seguimiento y diagnóstico se encuentra a cargo de la valoración médica en un conjunto de especialidades tales como; fisioterapia, neurología, psicología, geriatría, y personal encargado de terapias ocupacionales, para solventar la aparición de estas enfermedades que acontecen en el nuevo contexto del adulto mayor (De la Barrera y Donolo, 2009).

Según Ayuso (2007), el envejecimiento patológico en el adulto mayor será evaluado a partir del cumplimiento de un determinado perfil, en el cual habitualmente existe la prevalencia de pluri patologías, tendencia a la cronicidad y condiciones oportunas para la manifestación de problemas mentales y de tipo social en las cuales se hallará una connotación de urgencia, que en la vejez suelen ser atendidas a pesar de que la mayor parte de las veces se produce la manifestación de síntomas y signos propios de otras patologías ya existentes que tienden a complicar un nuevo diagnóstico en el adulto mayor que suele transitar de forma atípica su enfermedad. Las formas de presentación clínica de la enfermedad en el adulto mayor se asignan de la siguiente manera:

- La anomalía sintomática, se evidencia la aparición de formas complejas de deterioro funcional, con la presencia de signos que no son del todo concretos.
- Los síndromes geriátricos, que son los que tienden a causar una discapacidad considerable en la vejez. Normalmente constituyen la administración farmacológica para el tratamiento y rehabilitación del adulto mayor, pero sin embargo provocan un problema adverso que deriva en la dependencia de la medicación e incide directamente en el estado emocional del paciente.
- La fragilidad o alto riesgo, se presentará en las personas ancianas de edades más avanzadas, comprendidas entre los 80 años en adelante. En esta situación la predisposición de presentarse una enfermedad es alta, ya que el adulto mayor adquiere una condición de fragilidad.

II.3.9 Características del proceso de envejecimiento

La manera en que se van presentando los cambios es evidente en la apariencia física del adulto mayor. Se produce una pérdida evidente de grasa y también se pierde gran parte de la masa muscular, se reduce la estatura por la fusión de las vértebras de la columna, lo cual se traduce en el encorvamiento de estas personas, el cabello tiende a adelgazarse y se torna blanco (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Entre otros cambios producidos en el envejecimiento, están los que afectan al funcionamiento sistémico y orgánico. El funcionamiento del corazón también atravesará por cambios importantes los cuales se experimentan en la disminución de su aceleración y el cambio en la función circulatoria en contraste con el aparato digestivo que aun funciona con una normalidad relativa a la que habitualmente se tenía en anteriores años. Al igual que los aparatos o sistemas funcionales del organismo van envejeciendo, también el cerebro va envejeciendo; sin embargo, el envejecimiento o deterioro tendrá variaciones de una persona a otra ya que no es un proceso igualitario. La sumatoria de patologías, como el estrés podría cumplir la función de propiciar el avance acelerado de este proceso (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

II.3.10 Enfoques del proceso de envejecimiento

II.3.10.1 Enfoque Psicológico

Dentro de este enfoque se centraran las ideas planteadas por dos teóricos establecidos con antelación; el de la teoría de la desvinculación y el de la actividad que se dirigen en sentidos opuestos, donde por una parte se deriva la desvinculación social del individuo que envejece y deja de lado el relacionamiento y establecimiento de lazos sociales debido a tensiones que acontecen en el cambio de funciones y situaciones como la jubilación y por otra parte la propuesta de que el envejecimiento seguirá un curso de actividades que si bien no serán las mismas, siguen dentro de un determinado proceso de evolución en el

cual, la felicidad del individuo y satisfacción dependerán de que tan activo se mantenga (CEPAL, 2011).

II.3.10.2. Enfoque Biológico

Propone un envejecimiento preestablecido, definido de acuerdo a la especie y su desarrollo derivando en el desgaste habitual y natural del proceso del envejecimiento en el cual existirán patrones habituales, debido al uso y desgaste físico que sigue un curso establecido (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

II.3.10.3. Enfoque Social

En lo que corresponde a este enfoque, se hace referencia a lo propuesto por la teoría funcionalista que postula una pérdida de las funciones que se realizaban con anterioridad, además del receso de las interacciones sociales y la pérdida de la identidad con relación al rol o roles que asumió y debe asumir el adulto mayor en función al cambio (CEPAL, 2011).

II.4 El Adulto mayor y la sociedad

II.4.1 La función de los adultos mayores dentro de la sociedad

Las funciones y roles que desempeñan los adultos mayores día tras día, tienen que ver con una serie de tareas o rasgos propios que se definen en base a su comportamiento social dentro del ámbito familiar y en la sociedad en general. Dentro del ámbito cultural latino americano, la vejez si juega un rol o papel social de desempeño; sin embargo, este papel de desarrollo social va configurado a una generalización de la pasividad y falta de acción traducida por otros como una etapa en la cual se presenta una inutilidad característica de la persona anciana. Estas conceptualizaciones que surgen acerca de los adultos mayores vendrían siendo consecuentes del aparente cambio social, del paso de ser trabajadores que

aportan a ser personas retiradas de la actividad laboral, que se verán obligados a retroceder a una posición de sujeción a las conceptualizaciones sociales acerca de su propio envejecimiento, llegando incluso a la aceptación de conformar un grupo social producto de la marginación (Henaó, 2004).

Según Cotarelo (2015), hay una perspectiva de vida, que establece que en el adulto mayor no existirían roles laborales, ni sociales propiamente definidos, ya que al enfrentarse a la situación de la jubilación que tiene un carácter forzoso, se estaría entrando dentro de un rol o la asunción de un perfil del “jubilado” que carece totalmente de la participación del adulto mayor, ya que no todas las personas jubiladas quisieran entrar en esta condición, porque aún cuentan con energía potencial para el desarrollo de sus labores.

Las funciones que desempeñan los adultos mayores normalmente se desarrollan al interior del entorno familiar, ya que es en este lugar en donde continua su ciclo vital, posteriormente a la recesión laboral. Según (González y otros, 2010), se establecen algunas funciones base:

- El abuelo como cuidador, se puede observar las diversas actividades de las cuales se ocupan y que fundamentalmente tienen vigencia sobre el cuidado de los nietos, un rol en el cual se denota la implicación de su cuidado; que implica el llevar al colegio a sus nietos, esperarlos para el retorno a casa, ocuparse de su alimentación e incluso velar por ellos en cuanto a las situaciones de enfermedad, exponiendo sus habilidades empíricas en medicina. Figura que se ve ligada a familias con una dinámica mono parental.
- El adulto mayor como un modelo de envejecimiento y ocupaciones, encargados de la enseñanza de comportamientos, formas de vida hacia sus nietos, que de manera efectiva provee de un modelo de conducta para ellos y le provee al abuelo un rol determinado dentro de su hogar.

- Funcionamiento del adulto mayor como un compañero de juegos, tiene que ver con la directa relación de desarrollo entre el abuelo con sus nietos, desde la infancia a etapas posteriores como la juventud de los mismos. Se vincula a la identificación del abuelo con una imagen que se resuelva en ser una compañía agradable dentro del entorno familiar.
- Funcionamiento del adulto mayor como amortiguador entre padres e hijos, Se revela la imagen del adulto mayor mediador de conflictos que, mediante su implicación como estabilizador de los conflictos familiares, juega un rol importante. Vale destacar que esta condición se extiende y se aplica a la condición diaria de socialización del adulto mayor dentro y fuera de su entorno familiar, ya que el adulto mayor solventa esta conducta en su capacidad como negociador y resolutor de conflictos.

II.4.2 La función y participación de los adultos mayores en la familia

La familia es una de los primeros modelos de socialización en el mundo, y a lo largo de la vida se ha ido acomodando con distintas configuraciones dentro de su sistema nuclear con varianzas en cuanto al significado que socialmente había adquirido antes. Todo esto en sí, significa un reajuste de valores, patrones de conducta, modos o estilos de dinámica en la familia, que al haber cambiado y con la aparición de nuevas demandas, crean en el adulto mayor una situación conflictiva, la cual debe poder sobrellevar y adaptarse para continuar conviviendo en su entorno familiar (Martínez, 2013).

La antigua concepción de la familia ha ido cambiando, partiendo del tamaño de la misma y el espacio físico que ocupan, en las cuales es cada vez más difícil encontrar al abuelo cumpliendo un rol activo e importante en su hogar. Estas nuevas construcciones familiares se perciben en su mayoría como disfuncionales, en donde habitualmente queda la falta de uno de los miembros de la familia y en las cuales se solía solventar el cuidado

de los hijos y las pérdidas mediante la presencia de los abuelos, que por lo general solían ejercer la función de conciliadores de los problemas internos familiares, que en el contexto de hoy en día se torna explosivo sin la intervención de esta figura conciliadora (Henao, 2004).

Según González y otros (2010), una de las funciones principales desempeñadas dentro del contexto familiar por los adultos mayores, se remonta a tiempos pasados, no obstante, la transmisión de conocimientos y la narrativa de tradiciones y costumbres tiene una continuidad en las familias de hoy en día. Sobre los abuelos recae la transmisión de la memoria familiar que conlleva la vinculación generacional del pasado traspuesto a lo venidero, haciéndolo también el ser vinculante de la integración familiar.

Por una parte, los adultos mayores considerarán su autovaloración y visión acerca de sus propias funciones y rol dependientes del ambiente social en el que se encuentran, que en su normalidad define los límites de su acción social en la comunidad. Vale recordar que el principal escenario de desarrollo de la comunicación y socialización es el familiar. La estructura de un ambiente familiar, sin embargo, no es tampoco un dato general en esta población, ya que, en muchos casos, estas personas llegan a la vejez o la transitan sin el apoyo de sus miembros familiares (Bandera, 1990).

En los entornos familiares se manejan hoy en día cambios que repercuten en lo social, ya que conllevan modificaciones en las formas de relacionamiento entre generaciones. Las modificaciones y constantes esquemas de adaptación a las mismas provocan una nueva forma de relacionamiento entre los hijos y los padres y se hace presente el respeto a la independencia del otro, conociendo el límite del espacio que ocupa. Es este comportamiento también evidenciado en las personas adultas mayores dentro y fuera del contexto familiar y se produce en la mayoría de sus interacciones sociales, el cual ha sido denominado intimidad a distancia (Maina, 2004).

La familia en gestiones pasadas, tiene trascendencia en cuanto a la creación del apoyo entre los miembros familiares, que en su transcurso y llegados los tiempos actuales esta implicación no ha variado, ya que la familia continua siendo la primera fuente de cual se sirven las redes del apoyo social, es por este motivo que se genera la importancia de la composición familiar de la cual forman parte los adultos mayores y en muchos casos siguen cumpliendo la función de proveedores de recursos, ya sea por la facilidad de una renta de jubilación o algún otro tipo de ayuda económica prestada por otras instituciones para la vejez, que sin olvidar el hecho de que existan las posibilidades de que se desarrolle este tipo de dinámica dentro de la familia, la vejez siempre conlleva en una pre disponibilidad a formar parte de un grupo poblacional en el cual habrán riesgos debido a su vulnerabilidad (Pelcastre, Márquez y otros, 2011).

II.4.3 Situación de los adultos mayores en el mundo

Dentro de un contexto de las personas mayores, se solía utilizar la terminología de la “tercera edad” y aun es un término que tiene su validez dentro del contexto social, del cual también y a causa del incremento de la esperanza de vida, el descenso de los nacimientos con relación al incremento de personas mayores y la baja en la tasa de mortalidad por enfermedades infecto contagiosas, para los que envejecen se plantean posibilidades de extender su ciclo vital y es por estos factores que se promueve el concepto de la “cuarta edad” que va dirigida a la población que ha llegado y llegará a la edad de 80 años en adelante (Dillon, 2018).

Hay un creciente y masivo aumento de la población que envejece en un mundo de constantes transformaciones, que impulsan también a establecer un cambio de visión acerca del tema. Según un artículo de prensa escrito por Ruis (2015), la ancianidad está siendo estudiada desde el área social puesto que en este proceso se presentan cambios relevantes en tanto a lo que la persona adulta, pueda recibir del entorno en esta etapa y que tiene que ver principalmente con el trato igualitario y la equidad hacia ellos, esto reflejado en los cuidados que se les pueda ofrecer desde las necesidades básicas de salud

y vivienda por ejemplo; hasta las necesidades de satisfacción con el entorno en cual se está gestando su nueva etapa vitalicia.

La concepción de consumismo en la que está basada la actual sociedad, tiene que ver también con la cultura de la juventud, por lo tanto, hay un ligero desprendimiento de lo que la ancianidad representa dentro del contexto social. En una creciente modernidad, el adulto mayor tiene que adaptarse a la idea de verse limitado en su participación social, debido a que otros grupos sociales de menor edad son los predominantes en el ambiente y contexto social, determinado por la imagen de la juventud, ideación imaginaria y social que inducirá al desapego de la propia identidad del adulto mayor. En este sentido la desvalorización se impone frente al conocimiento de lo que su edad y su creciente identidad representa (Hernández, 2007).

En el envejecer existirán variadas influencias que van ligadas a una cadena de decisiones llevadas a cabo a lo largo de la vida, es por medio de estos mecanismos que también las personas adultas mayores serán parte del curso evolutivo de su propia vejez. Sin embargo cabe resaltar, que la vejez también tiene un componente cultural, que dentro del contexto latino americano se relaciona a las carencias y pobreza, además de la desigualdad, los problemas de salud y escasez económica que no llegan a solventar las necesidades de los ancianos en esta parte del mundo, en la cual se presentan imágenes de la realidad que acontece al adulto mayor que será dependiente de su familia, pero que a pesar de esta dependencia seguirá establecido en una fuente de trabajo en vista de que la jubilación recibida no da abasto para cubrir sus necesidades básicas (Páez, 2018).

Otra de las situaciones que viven los adultos mayores es el hecho de la que las enfermedades neurodegenerativas, según Dillon (2018), estarían generando un alto impacto en esta población. Se maneja la cifra de 35,6 millones de personas con demencia a nivel mundial, dato que sugiere un factor de riesgo sanitario dentro del grupo de la ancianidad, que al igual que se tiene previsto el cambio de la pirámide poblacional del envejecimiento predominante, también se tiene previsto que esta patología se incremente para el año 2050. Enfermedades de considerable deterioro como el Alzheimer y la

Demencia, son parte de las previsiones en cuanto a tratamientos e incidencia para los adultos mayores de hoy.

Las dinámicas establecidas dentro de los ambientes laborales, también tienen previstos ciertos cambios frente al emergente cambio social, que involucra a los adultos mayores como individuos que continuarán promoviendo el desarrollo económico de sus países, además de que continuarán con la generación de recursos en sus entornos familiares. Si bien se promueve la inclusión de estas personas a los entornos laborales, la tecnología y los nuevos sistemas de trabajo también deberían acompañar este proceso, por tanto estos cambios derivarían en la facilidad tecnológica para el uso del adulto mayor (Dillon, 2018).

II.4.4 Situación de los adultos mayores en Bolivia

En Bolivia el crecimiento poblacional de adultos mayores se evidencia mediante datos estadísticos que revelan que la misma duplicará su volumen para el año 2050. En este entendido, las problemáticas en torno a esta población hacen su aparición. Desde el año 1982 de inauguración de la Asamblea mundial sobre el envejecimiento, se tenían previstas las mejoras en cuanto a salud y protección poblacional, nutrición y vivienda, seguridad y estabilidad económica además de la garantía y respeto de sus derechos. La asistencia de estos pedidos en el entorno boliviano quedó en un estado de desentendimiento, por ende años más tarde la (CEPAL) Comisión Económica para América Latina y el Caribe, organizaría la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, logrando así la movilización de la presente Ley 369 de las Personas Adultas Mayores, que establece la seguridad en cuanto al acceso educativo, al desempeño de sus actividades laborales, garantía de sus derechos sociales y un trato digno por parte de otros sectores de la población (Ichuta, 2018).

Derivado de las propuestas en la Ley 369 presentada en la gestión del año 2013, se mantienen las normativas planteadas de cumplimiento del servicio y garantía de salud que conjuntamente con la Ley 475 se encargarían del cumplimiento y función para las personas de la tercera edad. Según el Ministerio de Salud (2018), se establece el cuidado

y atención de los beneficiarios que deberán cumplir con la edad superior a 60 años, el certificado de nacimiento o carnet de identidad, libreta del servicio militar o el pasaporte. Se ha establecido también, que no sería necesaria la afiliación a un determinado centro de salud, ser rentista o persona jubilada, para recibir atención médica, ya que los tres requisitos deberían ser suficientes para su atención en las instalaciones hospitalarias de segundo nivel en el país, incluido el gasto de medicamentos e intervenciones quirúrgicas.

Según Chuquimia (2015), se realizó una escala de medición para el establecimiento de las condiciones de bienestar económico y social de las personas adultas mayores dentro del contexto latino americano, obteniéndose como primeras impresiones de la situación del envejecimiento en Bolivia, que se mantiene el puesto número 11 de una lista de 18 países, dato que revela una posición intermedia de satisfactoriedad en el adulto mayor con relación a sus posibilidades económicas y bienestar social, que además establece la seguridad económica, es decir; el acceso a la economía no en abundancia pero si subsidiaria del diario vivir, que sin embargo deja de lado un aspecto importante el cual es la salud, que según esta proyección hace evidente la desprotección y carencia en las políticas de salubridad y calidad de vida para la ancianidad.

La cotidianidad de vida de las personas mayores, se ve destinada al sustento de las autoridades, que según Bluske y Vargas (2017), las estrategias de mejoramiento en cuanto a la prestación de los servicios básicos y las estrategias que hacen viable la calidad de vida en el adulto mayor aún son precarias, en cuanto al grupo de personas de la tercera edad que se mantienen sin comida, hogar y que no tienen acceso a los servicios médicos. La verdadera cara de la ancianidad en Bolivia, tiene que ver con una discriminación de los derechos que se proclaman en las leyes, ya que se evidencian falencias o situaciones indeseables en cuanto al ámbito familiar, al área de la salud y los espacios que debieran ser utilizados para la recreación y atención de las necesidades de las personas adultas mayores.

CAPÍTULO III

MÉTODO

III.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptiva correlacional. Es descriptiva porque ofrece la posibilidad de brindar datos sobre las características de una situación o fenómeno existente actualmente. Y correlacional, porque mediante la misma se pueden obtener datos que evidencien una posible relación entre dos o más variables, o si uno o más datos podrían ayudar a predecir un posible resultado (Salkind, 1998).

Esta investigación es transversal porque medirá la prevalencia o resultado en la muestra en un momento específico. Los datos obtenidos serán tabulados en base al cuestionario de evaluación de la autoestima y el cuestionario de la escala de apoyo social percibido, que se aplicarán bajo el enfoque cuantitativo que es secuencial, probatorio y hace uso de datos recolectados previamente para probar una hipótesis en base a la medición numérica y análisis estadístico (Hernández Sampieri, 2006).

III.2 Diseño de investigación

Según Cancela, Mayo y otros (2010), la investigación ex post facto es un tipo de diseño que se utilizará con la finalidad de realizar el correspondiente análisis después de haberse presentado los hechos, en el cual es posible ver las causas y efectos, pero sin que exista manipulación. La utilización y empleo de este tipo de diseño denominado ex post facto tiene que ver con la capacidad del mismo de realizar de manera empírica, siguiendo un orden y prosiguiendo con una búsqueda sistematizada el procedimiento, sin embargo, no se tendrá control de las variables porque el tiempo de su acontecimiento es anterior al presente.

III.3 Participantes

En la presente investigación se trabajó con personas adultas mayores, que viven en la ciudad de La Paz, los mismos tuvieron edades comprendidas entre los 60 años en adelante. Para este fin se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Adultos mayores que conserven la capacidad de audición, visión y posean un estado óptimo o parcial de estas funciones.

Adultos mayores que no presenten un grado elevado de deterioro a causa de un diagnóstico de alzheimer, demencia senil o algún trastorno de tipo psiquiátrico.

Adultos mayores de ambos sexos, masculino y femenino.

No se tuvo en cuenta a las personas que tenían un deterioro considerable en las capacidades de audición y visión y que presenten un diagnóstico severo de alzheimer, demencia senil o algún trastorno de tipo psiquiátrico.

Dentro de los criterios de exclusión e inclusión se mantiene la lógica de poder acceder a la mayoría de personas institucionalizadas y no institucionalizadas en casas de reposo, parques, plazas, iglesias, entre algunos ambientes a mencionar, teniendo en cuenta lo antes planteado en estos criterios.

III.4 Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó para la aplicación de los instrumentos seleccionados fue el muestreo no probabilístico por conveniencia. La aplicación de los mismos se llevó a cabo con la inclusión de 300 personas adultas mayores entre hombres y mujeres, que residen en la ciudad de La Paz.

En este tipo de muestreo se tiene facilidad de acceso a la población para generar una

muestra, no utiliza la aleatoriedad y es parcialmente representativo (Salkind, 1998, pág. 103).

En este estudio, el muestreo efectuado en el proceso de la recaptación de los datos correspondientes a la muestra poblacional, es el muestreo “snowball sampling”, que en su traducción significa, muestreo por bola de nieve. La cualidad de este muestreo radica en su aplicación a muestras poblacionales, en las cuales la población requerida se halla dispersa, es decir que no es posible obtener la muestra poblacional en un solo sector o ambiente, por tanto y debido a su pertenencia al muestreo no probabilístico, la muestra mediante el mismo va creciendo conforme avanza el proceso de aplicación de los instrumentos, adquiriendo la participación sumatoria de personas que cumplan los mismos criterios de inclusión y exclusión, que se vinculen a los participantes con los que se cuenta, logrando así una especie de cadena, hasta conseguir el total de la muestra (Espinoza, Hernández, López y otros, 2018).

III.5 Ambiente

En la presente investigación y debido a la dispersión de la población de la muestra, se prosiguió con la correspondiente administración de las pruebas en hogares de reposo, plazas, parques, centros comerciales, iglesias, centros de atención médica para el adulto mayor, ambientes propicios, que fueron utilizados para efectuarse la presente investigación dentro de la ciudad de La Paz Bolivia, haciendo uso de las facilidades infraestructurales correspondientes a cada ambiente.

III.6 Variables

III.6.1 Definición conceptual

El concepto de *autoestima* proviene de la palabra *Self-esteem*, que se puede interpretar como la concepción que cada persona tiene acerca de su propio valor. Tiene que ver con

la auto percepción de la estima que cada individuo tiene de sí mismo y esta estimación percibida de uno mismo, también se entrelaza con la autoestima social que percibe cada individuo de manera independiente (Polaino, 2000).

El *apoyo social percibido* en definición es un constructo conceptual que hace alusión al proceso que se desarrolla entre dos polos; el de la salud y la enfermedad. Este concepto está conformado por múltiples dimensiones y dos ámbitos o áreas básicas las cuales son: por un lado, se encuentra una funcional y por el otro una estructural. Se trata de la percepción subjetiva que una persona tiene acerca del apoyo que recibe de su entorno social (Calvo y Díaz, 2004).

III.6.2 Definición operacional

Autoestima, es entendida como la valoración de uno mismo y tendrá un carácter subjetivo, basado en la autovaloración que se tiene actualmente proyectándose a un futuro del ideal que se tiene acerca de uno mismo. Esta variable será medible mediante la utilización de la “Escala de Autoestima de Rosenberg”, que utiliza una escala likert de opciones del 1 al 4, puntuándose del 1 al 4 para algunas preguntas y del 4 al 1 para las preguntas restantes. La puntuación obtenida determinará el nivel de autoestima positiva o negativa.

El *apoyo social percibido*, se comprende como una percepción de cuanto apoyo recibe un individuo en su entorno y cuanto apoyo encuentra en el mismo, también dependiente de la subjetividad que tenga cada persona acerca del grado de apoyo que recibe de los demás. La medición de esta variable se realizará mediante la “Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet”, con opciones de 1 como mínimo y 4 como máximo, según el formato likert. Los puntajes obtenidos determinarán el grado de apoyo social percibido, siendo una puntuación alta sinónimo de un apoyo social percibido alto y una puntuación baja lo contrario.

III.6.3 Categorización de variables

III.6.3.1 Variable de apoyo social percibido

La variable de *apoyo social percibido*, será medida con la “Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet”, que presenta un formato likert en el cual las opciones de respuesta van de 1 en puntuación a 4, siguiendo la secuencia: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Casi siempre.

Dentro de esta escala se comprenden 3 categorías; las mismas que son familia, amigos y otros en general.

Tabla 2. Categorización de la Variable Apoyo Social Percibido

Instrumento	Definición	Escala	Categorías	Ítems
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet	Es un constructo conceptual que hace alusión al proceso que se desarrolla entre dos polos; el de la salud y la enfermedad. Se trata de la percepción subjetiva que una persona tiene acerca del apoyo que recibe de su entorno social.	Likert de opciones del 1 al 4	Familia	3, 4, 8 y 11
			Amigos	6, 7, 9 y 12
			General	1, 2, 5 y 10

Fuente: Elaboración propia

III.6.3.2 Variable Autoestima

A continuación, se expone la categorización de la variable *autoestima*, la misma que será medida con la “Escala de Autoestima de Rosenberg”, que presenta un formato likert de opciones de respuesta de puntuación del 1 al 4, con las opciones: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Muy en desacuerdo. Dentro de esta escala se comprenden 2 categorías; autoestima positiva y autoestima negativa.

Tabla 3. Categorización de la Variable Autoestima

Instrumento	Definición	Escala	Categorías	Ítems
<i>de de</i> <i>Escala Autoestima de Rosenberg</i>	Tiene que ver con la auto percepción de la estima que cada individuo tiene de sí mismo y esta estimación percibida de uno mismo, también se entrelaza con la autoestima social que percibe cada individuo de manera independiente.	Likert de opciones del 1 al 4	Autoestima positiva	1, 3, 4, 6 y 7
			Autoestima negativa	2, 5, 8, 9 y 10

Fuente: Elaboración propia

III.7 Instrumentos

III.7.1 Escala de Autoestima de Rosenberg

Esta escala fue creada por Morris Rosenberg en el año 1965. Esta escala tiene la finalidad de medir, la autoestima de cada sujeto, entendiéndose a la variable autoestima como sentimientos de respeto y autovaloración de uno mismo. Este cuestionario cuenta con 10 preguntas; cinco se encuentran redactadas en sentido positivo y las cinco restantes en sentido negativo. Los ítems siguen la numeración del 1 al número cuatro, por tanto se utiliza una escala de likert, que sigue la siguiente secuencia: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Muy en des acuerdo. Los ítems que se presentan enunciados de manera positiva (autoestima positiva) 1, 3, 4, 6 y el número 7 y los ítems que se presentan en sentido negativo (autoestima negativa): 2, 5, 8, 9 y el número 10 (Ceballos, Barbosa, Seuscún y otros, 2017).

Cada ítem tiene una puntuación máxima de 4 puntos y una mínima de 1 punto. Los ítems 2, 5, 8, 9 y 10 se calificarán de modo inverso es decir de 4 puntos a 1, mientras que los ítems 1, 3, 4, 6 y 7 se calificaran de 1 a 4 puntos, según Jurado Cárdenas, López Villagrán y otros (2015). La puntuación se encuentra entre un rango de 10 a 40 puntos, siendo un puntaje alto el que revele una autoestima alta. En cuanto a las características

de confiabilidad se obtiene un 0.72 de alfa de Cronbach y de 0.65 de validez o reproducción de prueba (Ceballos, Barbosa, Seuscún y otros, 2017).

Si bien la escala se presenta redactada de dos maneras en sentido positivo y negativo, se adhiere a la misma, la media con relación al baremo y puntuación planteadas por el autor de la escala. A continuación, el modo establecido para su calificación:

De 30 a 40 puntos, se considera una autoestima elevada o autoestima positiva.

De 26 a 29 puntos, se considera una autoestima media.

De 25 puntos o menos, se considera una autoestima baja o negativa (Rosenberg, 1965).

El estudio de validez de Martínez Raya (2018), con estudiantes de la ciudad de La Paz, tuvo la finalidad de validar la Escala de Autoestima de Rosenberg. Para este fin se procedió con la administración del cuestionario a 983 estudiantes comprendidos entre 12 y 17 años de edad, que de manera voluntaria participaron del estudio, en el cual se obtuvo un 0,966 en alfa de Cronbach, siendo este un valor satisfactorio que muestra de manera implícita la confiabilidad que tiene este instrumento.

En el estudio de Martínez Raya (2018), correspondiente a la validación de esta escala, también se hizo uso del modo de calificación establecido por Rosenberg, teniendo en cuenta tres dimensiones, autoestima positiva, autoestima media y autoestima negativa. Este concepto de calificación se representa en la medida en que se pueda hacer un contraste entre autoestima positiva y negativa.

Otro estudio con la escala de Autoestima de Rosenberg, dentro del contexto latinoamericano fue realizado en Guatemala, por Avendaño Madrid (2016), estudio en el cual pretendió evaluar el nivel de autoestima en adolescentes que practican la disciplina futbolística. Para esta finalidad se utilizó el baremo de tres dimensiones, autoestima, positiva, media y negativa.

Por tanto, en la presente investigación se consideró tomar en cuenta las tres dimensiones de autoestima que plantea el autor, ya que Rosenberg plantea que el contraste entre autoestima positiva y autoestima negativa podría generar una respuesta condicionada ya sea por el efecto de la positividad del ítem o viceversa, que genere influencia en la respuesta a la próxima pregunta.

Por otra parte, se utilizó autoestima media, para incluir a un grupo de personas que no presenta niveles necesariamente bajos ni muy elevados en función a la puntuación pertinente, que daría a entender que el autor incluye la media con la finalidad de hacer menos drástico el nivel de la autoestima, entendiéndose que también habrá un grupo de personas que se halle dentro de un nivel equilibrado o medio de autoestima.

III.7.2 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet

Esta escala traducida del inglés, *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) a Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, fue diseñada en el año 1988 por Dahlem, Zimet y Farley y se define como una escala con múltiples dimensiones. La finalidad de esta escala está en medir como se percibe el apoyo social teniendo en cuenta a los amigos, la familia y personas significativas del entorno y tiene la ventaja de ser una escala breve y fácil, en cuanto a su uso y al tiempo de administración (Ortiz y Baeza, 2011).

Según la categorización de esta escala hay tres componentes, los cuales tienen su propia connotación y se interpretan de la siguiente manera:

- Familia, implica a los parientes consanguíneos, miembros del núcleo familiar.
- Amigos, implica a todas aquellas personas allegadas y con las cuales se establece un vínculo con relación a una persona en cuestión.
- Otras personas en general o significativas, implica a personas externas a la

familia o amistades, mediante las cuales se creen lazos, estos pueden ser también instituciones, cuidadores primarios, personal médico, entre otros.

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, anteriormente contaba con las mismas tres categorías que se mantienen en el instrumento, sin embargo, antes se calificaban con una puntuación del 1 al 7. Posteriormente Miranda y Arechavala realizan la traducción y adaptación al español, introduciendo el cambio en la puntuación de 1 a 4 puntos. Esta escala está conformada por 12 ítems, los cuales se encuentran divididos en tres grupos o categorías: Apoyo de familia, Apoyo de amigos y Apoyo de personas significativas en general, los mismos que se agrupan de la siguiente manera según la categoría a la que corresponden: Apoyo de familia está conformado por los ítems 3, 4, 8 y 11, apoyo de amigos 6, 7, 9, 12 y finalmente el apoyo de personas significativas en general 1, 2, 5 y 10 (Mosqueda, Mendoza y otros, 2015). La fiabilidad de esta escala es de 0,88 en alfa de Cronbach y 0,85 de validez.

III.8 Consideraciones éticas

Para el presente trabajo de tesis de grado, se tendrán en cuenta principios básicos y éticos para con los participantes de la misma. Se mantendrán en absoluto anonimato los datos personales de los y las participantes de la investigación, esto es entendido como el mantenimiento de la intimidad de los participantes. También se mantendrá la no coacción para con los sujetos participantes que implica que ninguna persona será forzada a participar y que todas las personas que se encuentren en este proceso lo harán de manera voluntaria, sabiendo el propósito, duración, identidad y ocupación de la persona encargada de la investigación que deberá informar de los beneficios que podrían obtenerse de la misma, además de prevenir de riesgos y daños a los participantes de esta investigación (Salkind, 1998).

La confidencialidad es un punto importante dentro de la presente investigación que se mantendrá desde el inicio hasta el final de la investigación, siendo los resultados obtenidos compartidos con cada participante de este proceso investigativo, con la finalidad de retribuir su participación en la presente investigación (Salkind, 1998).

III.9 Procedimiento

El procedimiento y estructuración del presente documento se llevó a cabo de la siguiente manera, siguiendo una secuencia de pasos.

Fase 1. En esta fase se procedió a la selección del tema de estudio. Previamente se procuró realizar un estudio enfocado a la memoria a corto plazo en las personas adultas mayores, con la finalidad de mediante un programa de estimulación cognitiva mejorar las capacidades de la misma, sin embargo, esta idea fue descartada después de haber intentado su aplicación en vista de que este tema ya fue estudiado con anterioridad y, por otra parte, porque no se encontró un instrumento de medición que mida a detalle lo planteado dentro del estudio.

Fase 2. Se revisó más fuentes bibliográficas entre artículos y documentos redactados por tesis y se replanteó el tema teniendo en cuenta la misma población comprendida por personas mayores de 60 años, y se decidió realizar una descripción de dos variables que podrían estar relacionadas entre sí; el apoyo social percibido y autoestima, procediendo con el desarrollo e inicio del planteamiento de problema, la justificación: social, académica, legal y médica, el objetivo general y los específicos del estudio e hipótesis.

Fase 3. Se procedió con el desarrollo y redacción del capítulo de método, puntuando el tipo de investigación, el diseño de investigación, participantes, el muestreo, ambiente

en el que se desarrolló la investigación, definición conceptual y operacional, categorización de las variables, descripción de instrumentos y consideraciones éticas.

Fase 4. Se procedió con la elección de los instrumentos en base a las variables que son parte de la presente investigación, las cuales son la autoestima y el apoyo social percibido.

Fase 5. Previamente seleccionados los instrumentos se procedió con la validación de los mismos, por expertos en el tema. Las escalas seleccionadas para la presente investigación son: “Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet” y “Escala de Autoestima de Rosenberg”. Se tomó en cuenta los aspectos valorados por los expertos para realizar las respectivas correcciones.

Fase 6. Posteriormente a la validación de instrumentos por 5 expertos, personas expertas en áreas de psicología clínica y de la salud, psicología sistémica familiar y resolución de conflictos, psicología educativa, valorando su amplio conocimiento en las distintas áreas mencionadas, se procedió a la administración de las pruebas piloto con un grupo de 50 personas adultas mayores, un grupo similar al de la muestra seleccionada, esto con la finalidad de establecer la viabilidad de las pruebas.

Fase 7. Administración de las pruebas validadas a una población de 300 personas adultas mayores de 60 años para adelante, entre mujeres y hombres de la ciudad de La Paz.

Fase 8. Se realizó el vaciado de los datos recabados en base a las puntuaciones obtenidas en los participantes, teniendo en cuenta los factores que miden las escalas seleccionadas para el presente trabajo de investigación, haciendo uso y mediante el programa de análisis estadístico SPSS utilizado para el correspondiente análisis de datos.

Fase 9. Posteriormente, se obtuvieron los resultados y se contrastó la información obtenida con lo propuesto en el objetivo general y los objetivos específicos de base planteados dentro de la presente investigación.

Fase 10. Se finalizó con la redacción de las conclusiones a las que se llegó con el presente estudio, además de las limitaciones que acontecieron durante y posterior al desarrollo de este proceso y la redacción de las recomendaciones correspondientes.

III.10 Análisis de procesamiento de datos

Posteriormente al proceso de levantamiento de datos, en base a la “Escala de Autoestima de Rosenberg” y la “Escala de apoyo social percibido de Zimet”, se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos, haciendo uso del programa estadístico para las ciencias sociales SPSS, versión 22. Se realizó el análisis de relación entre las variables autoestima negativa, autoestima positiva y autoestima media con relación al apoyo social percibido por los adultos mayores en función a la familia, los amigos y otras personas en general. Se realizó el correspondiente análisis de la distribución de frecuencias, además del análisis de variables en función al sexo y el análisis de correlación entre variables, con la intención de conocer la significancia de la relación entre el apoyo social percibido y la autoestima, con el coeficiente de Rho de Spearman, correspondiente a datos no paramétricos.

La relación de las variables, autoestima y apoyo social percibido, fueron analizados en base a un coeficiente apto para la medición de pruebas no paramétricas, el coeficiente de Spearman, del cual se desarrollará a continuación la manera de interpretación de valores.

Tabla 4. Tabla de interpretación de los valores del coeficiente Spearman.

VALOR	SIGNIFICADO
-1	Correlación negativa grande y perfecta
- 0,9 a - 0,99	Correlación negativa muy alta
- 0,7 a - 0,89	Correlación negativa alta
- 0,4 a - 0,69	Correlación negativa moderada
- 0,2 a - 0,39	Correlación negativa baja
- 0,01 a - 0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación, se detallarán los resultados obtenidos en el transcurso y culminación de esta investigación, que fue elaborada con la participación de un total de 300 personas entre hombres y mujeres adultos mayores de 60 años para adelante.

Los resultados, se elaboraron en función a lo obtenido de la muestra poblacional seleccionada previamente, detallando los resultados descriptivos comparativos en función al sexo de los participantes de la investigación y también se presentan los resultados descriptivos de las escalas utilizadas, “Escala de Autoestima de Rosenberg” y la “Escala Multidimensional de Apoyo social Percibido de Zimet”, culminando con los resultados obtenidos de la correlación de las variables autoestima y apoyo social percibido.

IV.4 Resultados de la distribución de la muestra poblacional en función al sexo

Tabla 5. Distribución de la muestra

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	146	49%
Hombres	154	51%
TOTAL	300	100%

Fuente: Elaboración propia



Figura 1. Distribución de la muestra en función al género de los participantes, mujeres y hombres.

En la figura número 1, al igual que en la tabla 5, se expresa la cantidad de participantes del total de la muestra, contando con 300 participantes adultos mayores del estudio, teniendo en cuenta la diferencia de la muestra obtenida en función al sexo. Del total de la muestra poblacional seleccionada; la población masculina se establece con 154 participantes que representan un 51%, seguido de una muestra total de 146 participantes mujeres con una representación del 49% del total de la muestra.

IV.4.1 Resultados descriptivos comparativos de los niveles de autoestima en general

Tabla 6. Tabla de frecuencias de los niveles de autoestima en general.

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima	MEDIA	68	22,7 %
	NEGATIVA	161	53,7 %
	POSITIVA	71	23,7 %
Total		300	100,0 %

Fuente: Elaboración propia

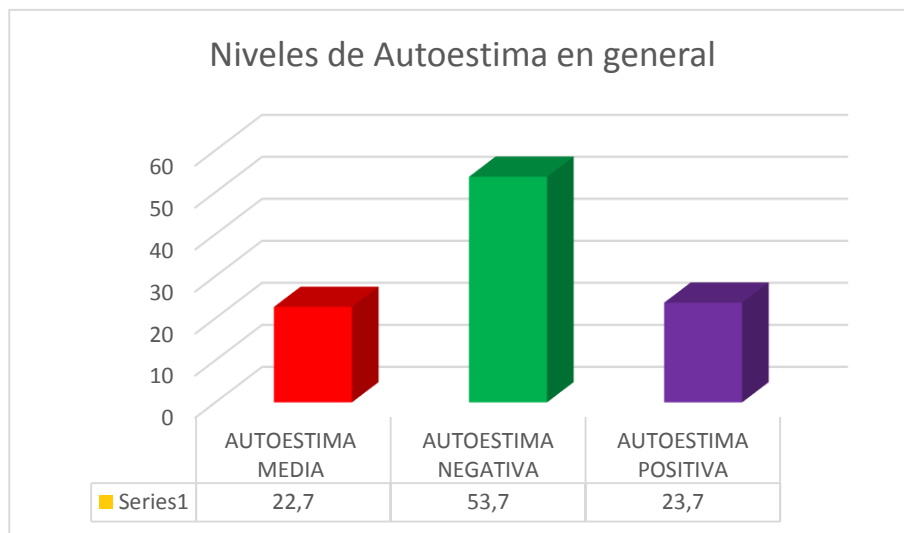


Figura 2. Niveles de Autoestima del total de la muestra poblacional.

En la tabla 6 al igual que en la figura 2, se observan los datos de frecuencia y los porcentajes obtenidos de la muestra de la población de adultos mayores, con relación a los niveles de la variable autoestima, obteniéndose que el 53,7% presenta un nivel de autoestima negativa, seguido de un 23,7% de los participantes que percibe un nivel de autoestima positiva y finalizando con un 22,7% de personas adultas mayores con un nivel de autoestima media.

IV.4.2 Resultados descriptivos comparativos del grado de apoyo social percibido en general

Tabla 7. Tabla de frecuencias del Grado de apoyo social percibido en general.

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Social Percibido	ALTO APOYO	92	30,7%
	BAJO APOYO	36	12,0%
	MEDIO APOYO	172	57,3%
Total		300	100,0 %

Fuente: Elaboración propia

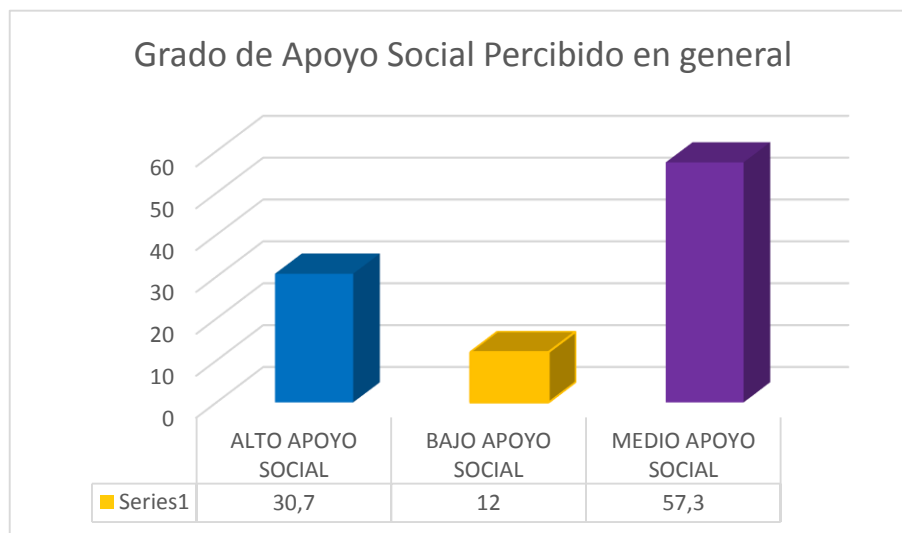


Figura 3. Grado de Apoyo social percibido del total de la muestra poblacional.

Mediante la tabla número 7 y la figura 3, se presentan datos descriptivos del total de los participantes de la muestra poblacional de personas adultas mayores, que comenzando por el 57,3% de los participantes, percibe un grado de apoyo social medio, seguido por un 30,7% que percibe un alto apoyo social, concluyendo con el apoyo social bajo percibido por un 12,0% de los participantes.

IV.4.3 Descripción de resultados de los niveles de autoestima en función al sexo

Tabla 8. Niveles de Autoestima en función al sexo, Mujeres.

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima	MEDIA	37	25,3%
	NEGATIVA	81	55,5%
	POSITIVA	28	19,2%
Total		146	100,0%

Fuente: Elaboración propia

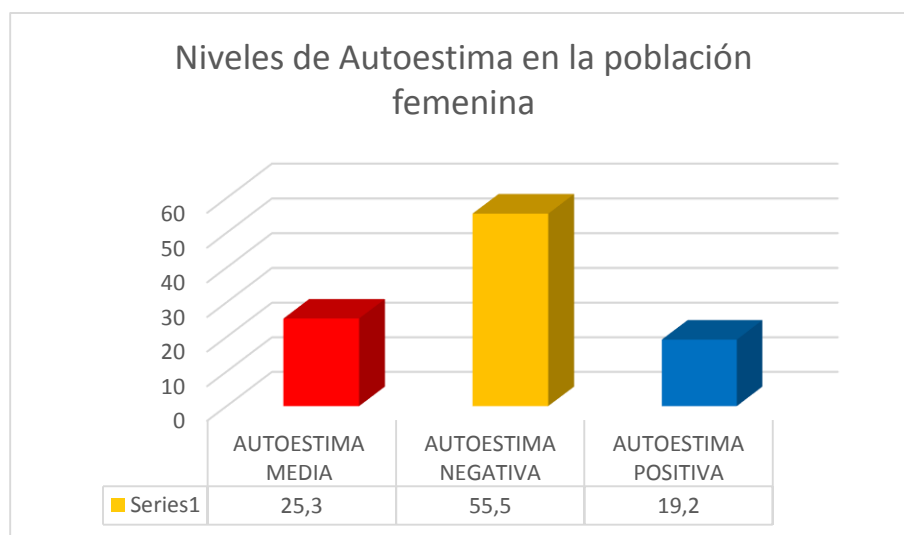


Figura 4. Niveles de Autoestima en la muestra de la población femenina de personas adultas mayores.

En la presente tabla 8 y la figura 4, se describe los niveles de autoestima en función al sexo, del total de la población de participantes mujeres adultas mayores de la muestra

poblacional, obteniendo un 55,5% de las participantes con un nivel autoestima negativa, consecutivamente el 25,3% se halla con nivel de autoestima media, concluyendo con el 19,2% de participantes mujeres en las cuales se presenta un nivel positivo de autoestima.

Tabla 9. Niveles de Autoestima en función al sexo, Hombres.

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima	MEDIA	31	20,1%
	NEGATIVA	80	51,9%
	POSITIVA	43	27,9 %
	Total	154	100,0 %

Fuente: Elaboración propia

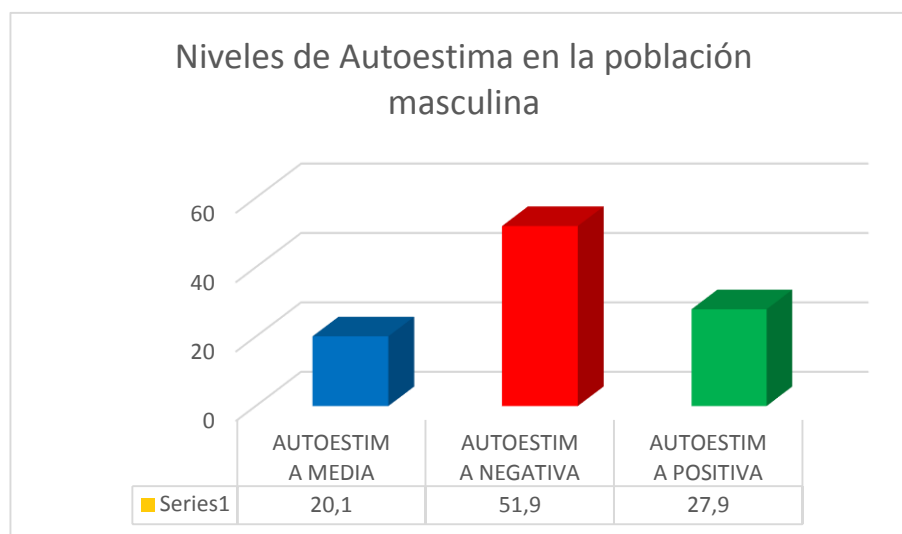


Figura 5. Niveles de Autoestima en la muestra de la población masculina de personas adultas mayores.

Los resultados expuestos en la tabla 9 al igual que la descripción gráfica de la figura 5; describen los niveles de autoestima en función al sexo, del total de la población de participantes hombres adultos mayores de la muestra poblacional, obteniendo un 51,9% de las participantes con un nivel autoestima negativa, seguido del 27,9% que se halla con

nivel de autoestima positiva, concluyendo con el 20,1% de participantes en los cuales se presenta un nivel de autoestima media.

IV.4.4 Descripción de resultados del grado de apoyo social percibido en función al sexo

Tabla 10. Grado de Apoyo social percibido en función al sexo, Mujeres.

	Grado	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Social Percibido	ALTO APOYO	44	30,1%
	BAJO APOYO	19	13,0%
	MEDIO APOYO	83	56,8%
Total		146	100,0 %

Fuente: Elaboración propia

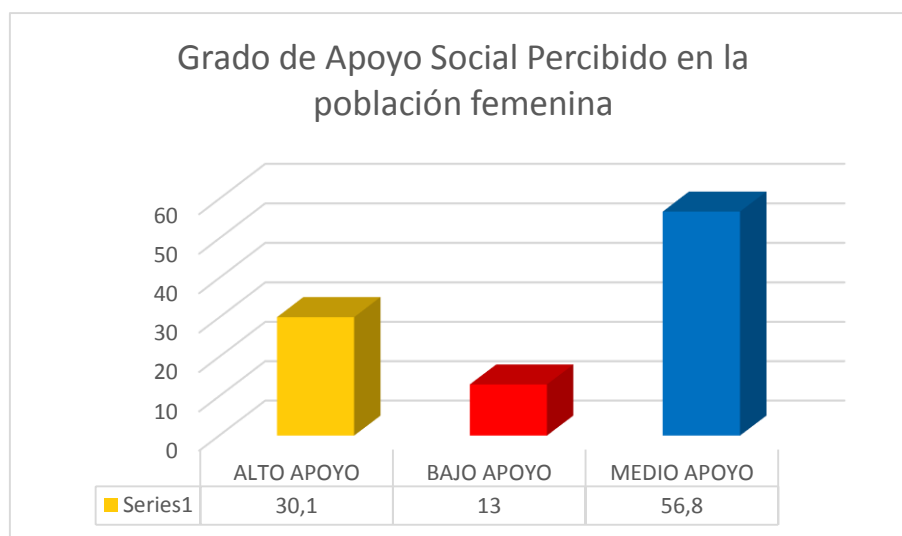


Figura 6. Grado de Apoyo social percibido en la población femenina de personas adultas mayores.

El contenido de la tabla 10 y la figura 6 describen; el grado del apoyo social percibido en función al sexo, del total de la población de participantes mujeres adultas mayores de la muestra poblacional, obteniendo un 56,8% de las participantes con un nivel de apoyo

social medio, seguido del 30,1% con un nivel de apoyo social percibido alto, concluyendo con el 13,0% de participantes en las cuales se presenta un grado de apoyo social bajo.

Tabla 11. Grado de Apoyo social percibido en función al sexo, Hombres.

	Grado	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Social Percibido	ALTO APOYO	48	31,2%
	BAJO APOYO	17	11,0%
	MEDIO APOYO	89	57,8%
Total		154	100,0%

Fuente: Elaboración propia

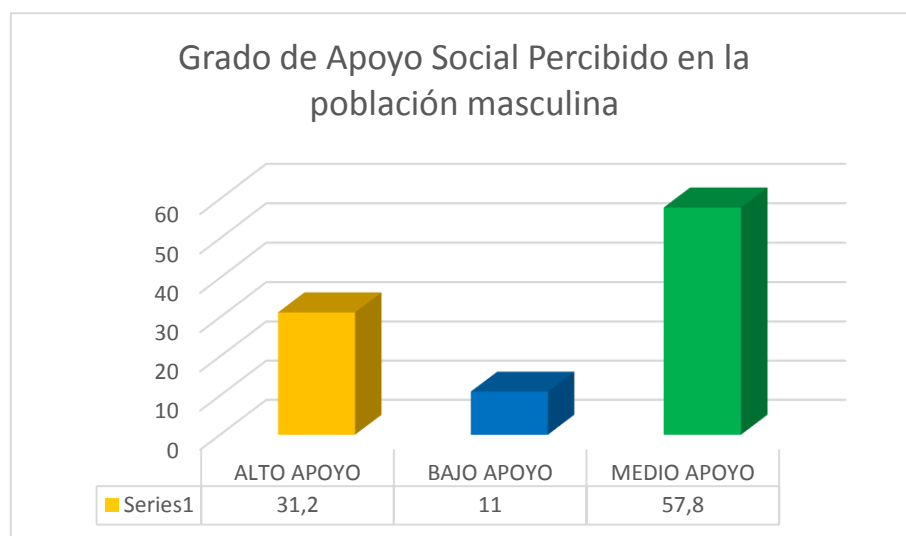


Figura 7. Grado de apoyo social percibido en la población masculina de personas adultas mayores.

En la tabla 11 al igual que la figura 7; se detalla el grado del apoyo social percibido en función al sexo, del total de la población de participantes hombres adultos mayores de la muestra poblacional obteniendo, un 57,8% de los participantes con un nivel de apoyo social medio, seguido del 31,2% con un nivel de apoyo social percibido alto, finalizando con el 11,0% de participantes en los cuales se presenta un grado de apoyo social bajo.

IV.4.5 Descripción de la relación de los niveles de la variable autoestima con la categoría familia de la variable apoyo social

Tabla 12. Descriptiva correlacional entre Autoestima Positiva y Apoyo social percibido, categoría Familia.

Nivel	Apoyo Familiar Percibido			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
Autoestima Positiva	36 52,9%	8 8,2%	27 20,0%	71 23,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

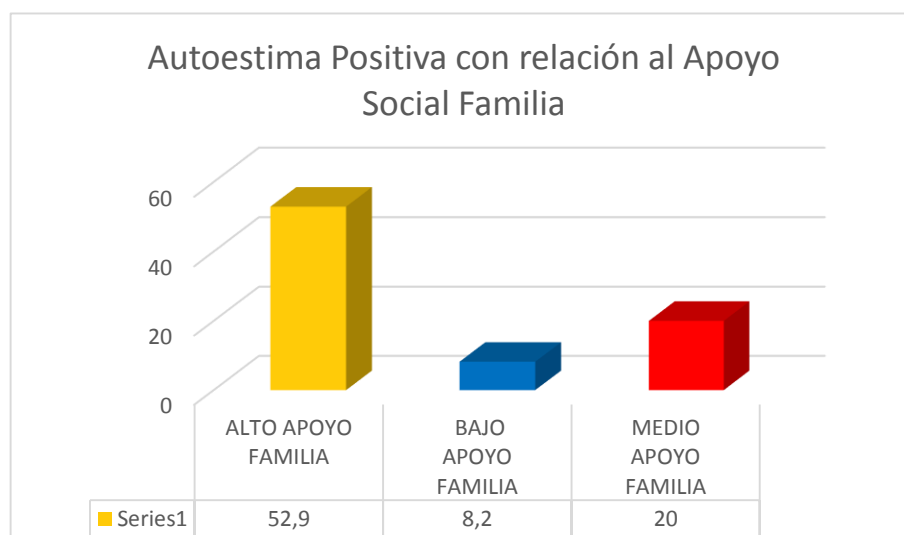


Figura 8. Autoestima Positiva en relación al Apoyo Familiar Percibido.

En la tabla 12 y en la figura 8, se muestra que el 52,9 % de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, participantes del estudio presentan; un nivel de autoestima positiva con relación al alto apoyo social que perciben de su familia, seguido de un 20,0% que tiene un nivel de autoestima positiva, pero percibe un apoyo medio por parte de su familia y concluyendo con un 8,2% de personas mayores en las cuales el nivel de

autoestima positiva con relación al apoyo social percibido familiar es bajo.

Tabla 13. Descriptiva correlacional entre Autoestima Negativa y Apoyo social percibido, categoría Familia.

Nivel	Apoyo Familiar Percibido			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
Autoestima Negativa	15 22,1%	72 74,2%	74 54,8%	161 53,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

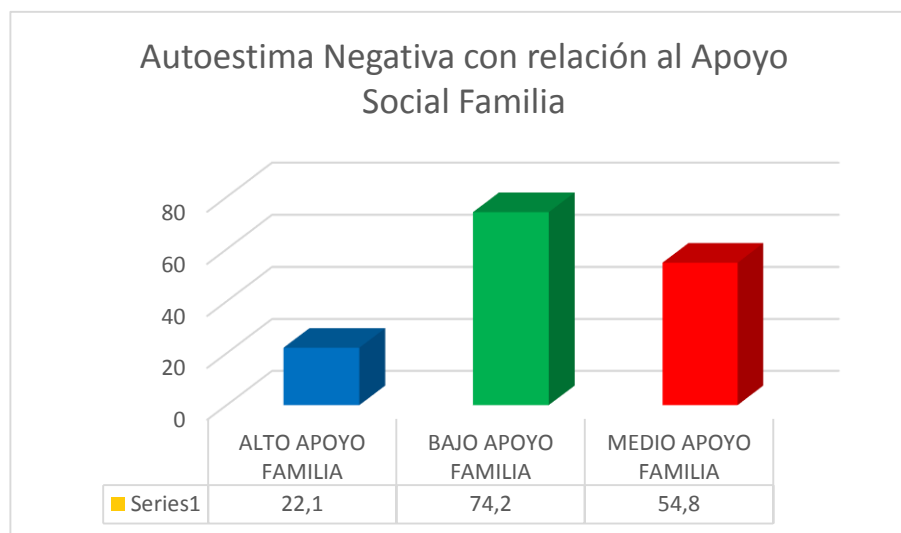


Figura 9. Autoestima Negativa en relación al Apoyo Familiar Percibido.

Analizando la tabla 13 y la figura 9, se observa que el 74,2 % de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, participantes del estudio presenta un nivel de autoestima negativa con relación al bajo apoyo social percibido de su familia, seguido de un 54,8% que tiene un nivel de autoestima negativa en función al apoyo medio percibido por parte de su familia, concluyendo con un 22,1% de personas adultas mayores en las cuales el nivel de autoestima negativa con relación al alto apoyo social familiar es bajo.

Tabla 14. Descriptiva correlacional entre Autoestima Media y Apoyo social percibido, categoría Familia.

Nivel	Apoyo Familiar Percibido			
	ALTO	BAJO	MEDIO	Total
Autoestima Media	17 25,0%	17 17,5%	34 25,2%	68 22,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

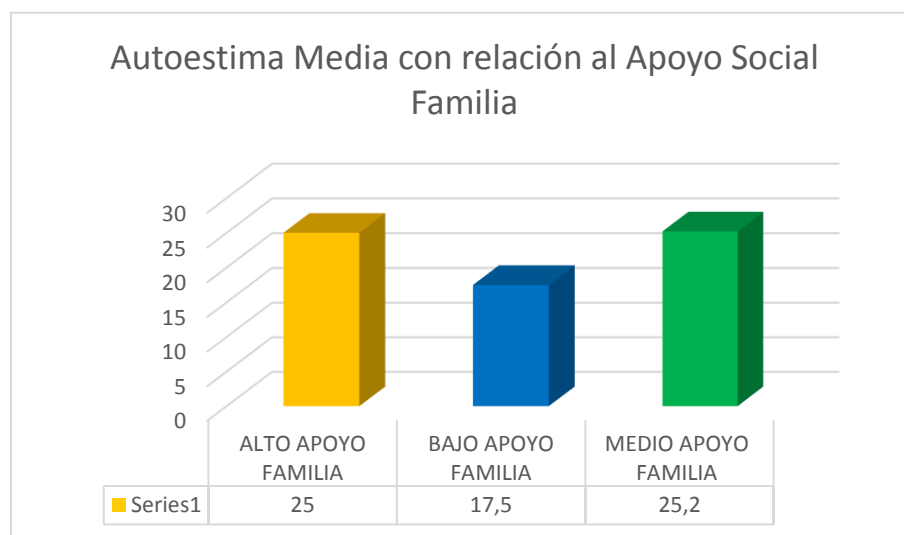


Figura 10. Autoestima Media en relación al Apoyo Familiar Percibido.

A continuación se exponen los resultados obtenidos mediante la tabla 14 y la figura 10, exponen que el 25,2 % de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, participantes del estudio presenta un nivel de autoestima media con relación al apoyo social medio percibido de su familia, continuando con un total de 25,0% que tiene un nivel de autoestima media en función a un alto apoyo percibido de su familia, concluyendo con un 17,5% de personas adultas mayores que poseen un nivel de autoestima media con

relación a un bajo apoyo social familiar.

IV.4.6 Descripción de la relación de los niveles de la variable autoestima con la categoría amigos de la variable apoyo social

Tabla 15. Descriptiva correlacional entre Autoestima Positiva y Apoyo social percibido, categoría Amigos.

Nivel	Apoyo Social Amigos			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
Autoestima Positiva	33 45,8%	9 12,3%	29 18,7%	71 23,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

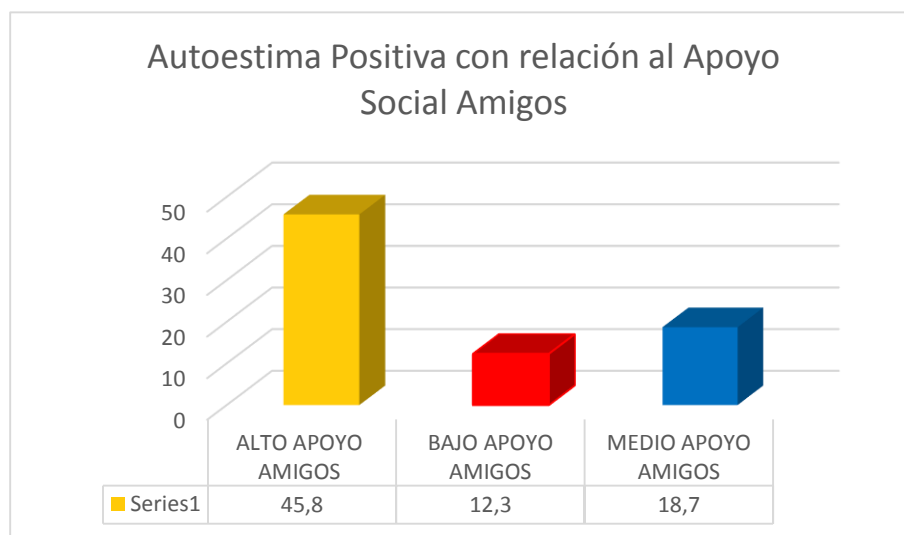


Figura 11. Autoestima Positiva en relación al Apoyo Social Percibido, Amigos.

Analizando los resultados de la tabla 15 y la figura 11, se observa que el 45,8 % de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, presenta un nivel de autoestima positiva con relación a un alto apoyo social percibido de sus amistades, seguido de un 18,7% con un nivel de autoestima positiva en función al apoyo medio percibido a partir

de sus amistades, concluyendo con un bajo nivel de autoestima positiva del 12,3% de personas adultas mayores que perciben un bajo apoyo social de sus amigos.

Tabla 16. Descriptiva correlacional entre Autoestima Negativa y Apoyo social percibido, categoría Amigos.

Nivel	Apoyo Social Amigos			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
Autoestima Negativa	24 33,3%	50 68,5%	87 56,1%	161 53,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

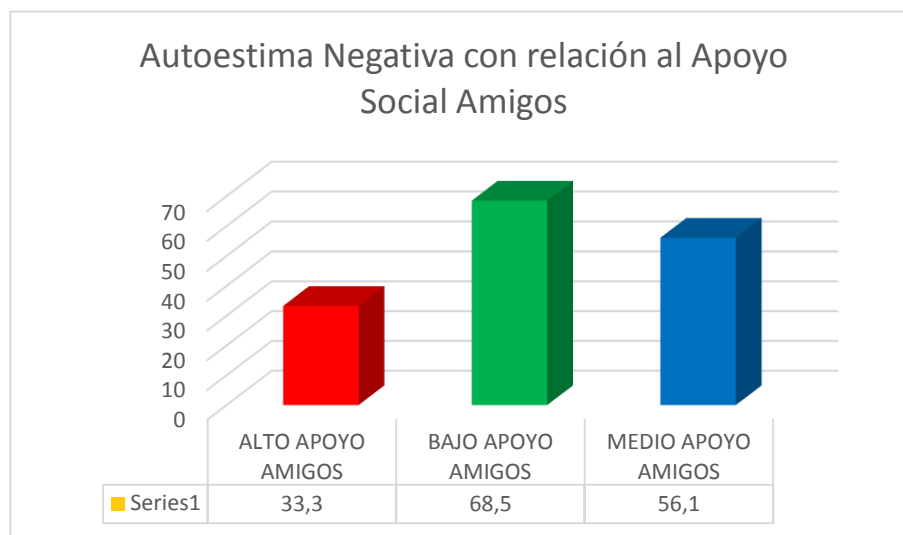


Figura 12. Autoestima Negativa en relación al Apoyo Social Percibido, Amigos.

Los resultados obtenidos mediante la tabla 16 y la figura 12 muestran; que el 68,5% de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, participantes del estudio presenta un nivel de autoestima negativa con relación a un bajo apoyo social percibido de sus amistades, continuando con un 56,1% con un nivel de autoestima negativa en función a

un grado medio de apoyo social percibido con relación a sus amigos, finalizando con un 33,3% de personas adultas mayores que poseen un nivel de autoestima negativa relacionada al alto apoyo social percibido de sus amistades.

Tabla 17. Descriptiva correlacional entre Autoestima Media y Apoyo social percibido, categoría Amigos.

Nivel	Apoyo Social Amigos			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
Autoestima Media	15 20,8%	14 19,2%	39 25,2%	68 22,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

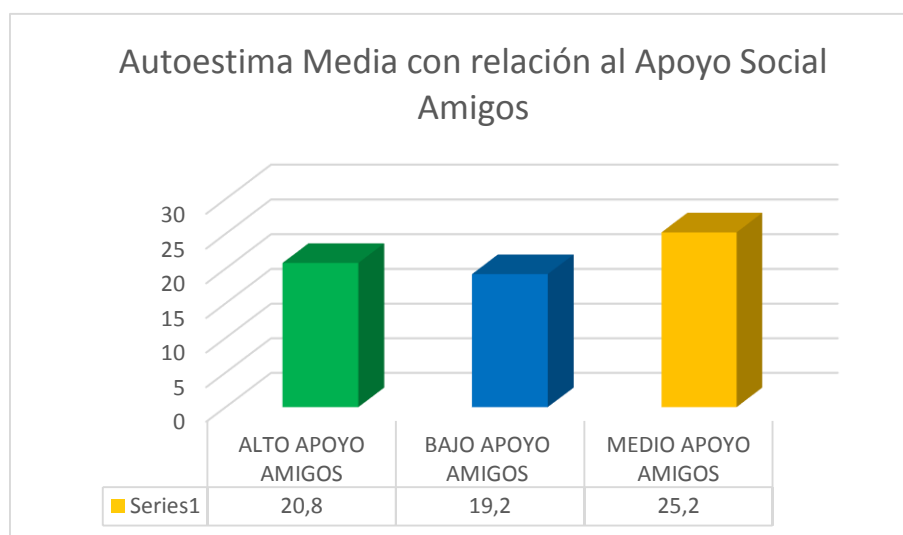


Figura 13. Autoestima Media en relación al Apoyo Social Percibido, Amigos.

Analizando los resultados de la tabla 17 y la figura 13 se muestra que; el 25,2 % de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, presenta un nivel de autoestima media con relación a un grado medio de apoyo social percibido de sus amistades, seguido de un 20,8% que presenta un nivel de autoestima media en función a un alto apoyo social

percibido a partir de sus amistades, concluyendo con un nivel de autoestima media del 19,2% de personas adultas mayores que perciben un bajo apoyo social de sus amigos.

IV.4.7 Descripción de la relación de los niveles de la variable autoestima con la categoría otros en general de la variable apoyo social

Tabla 18. Descriptiva correlacional entre Autoestima Positiva y Apoyo social percibido, categoría Otros en general.

Nivel	Apoyo Social Otros en general			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
Autoestima Positiva	47 50,0%	4 4,3%	20 17,7%	71 23,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

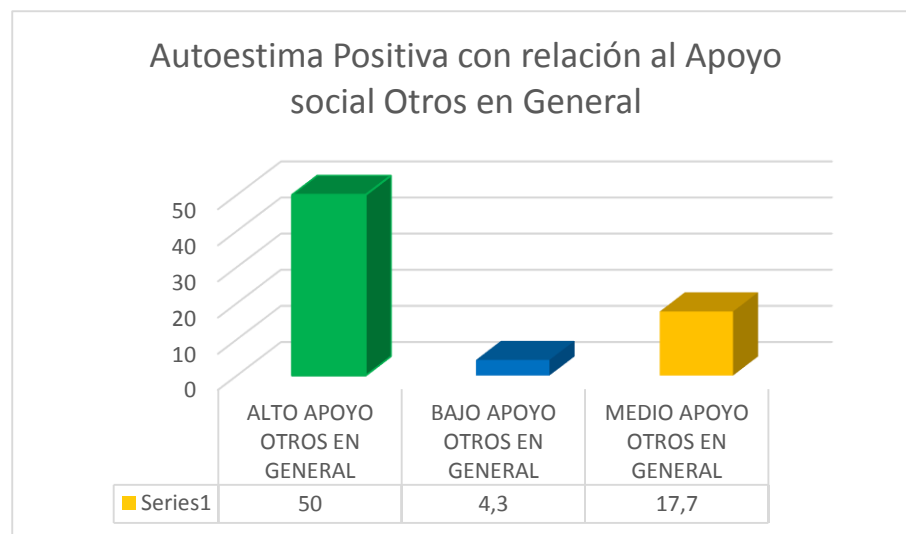


Figura 14. Autoestima Positiva en relación al Apoyo Social Percibido, Otros en general.

Analizando los resultados expuestos en la tabla 18 y la figura 14; se observa que el 50,0% de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, presenta un nivel de

autoestima positiva con relación a un alto apoyo social percibido de otras personas en general, seguido de un 17,7% con un nivel de autoestima positiva en función al apoyo medio percibido a partir de otras personas en general, concluyendo con un bajo nivel de autoestima positiva del 4,3% de personas adultas mayores que perciben un bajo apoyo social de otras personas en general.

Tabla 19. Descriptiva correlacional entre Autoestima Negativa y Apoyo social percibido, categoría Otros en general.

Nivel	Apoyo Social Otros en general			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
Autoestima Negativa	22 23,4%	72 77,4%	67 59,3%	161 53,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

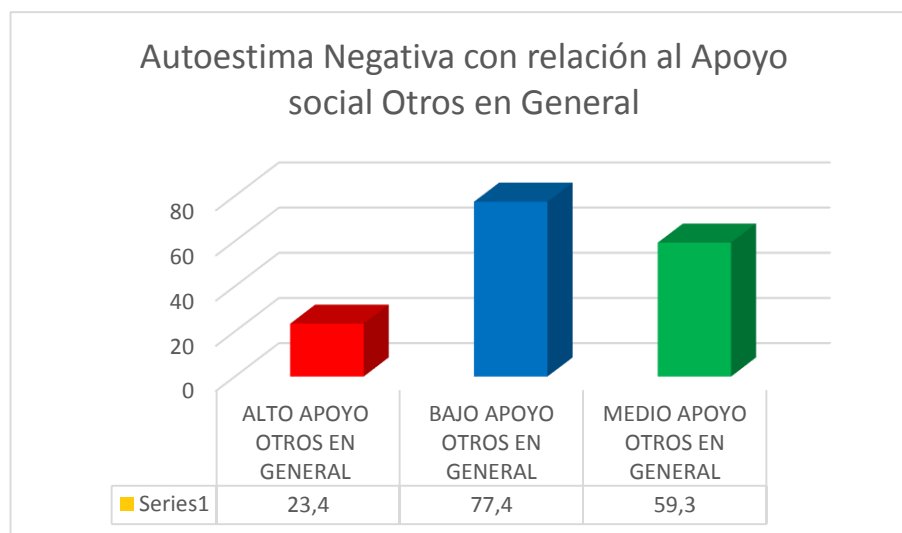


Figura 15. Autoestima Negativa en relación al Apoyo Social Percibido, Otros en general.

Los resultados obtenidos mediante la tabla 19 y la figura 15 muestran; que el 77,4% de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, participantes del estudio, presenta

un nivel de autoestima negativa con relación a un bajo apoyo social percibido de otras personas en general, continuando con un 59,3% con un nivel de autoestima negativa en función a un grado medio de apoyo social percibido con relación a otras personas en general, finalizando con un 23,4% de personas adultas mayores que poseen un nivel de autoestima negativa relacionada al alto apoyo social percibido con relación a otras personas en general.

Tabla 20. Descriptiva correlacional entre Autoestima Media y Apoyo social percibido, categoría Otros en general.

Nivel	Apoyo Social Otros en general			Total
	ALTO	BAJO	MEDIO	
Autoestima Media	25 26,6%	17 18,3%	26 23,0%	68 22,7%
Total	300			100,0%

Fuente: Elaboración propia

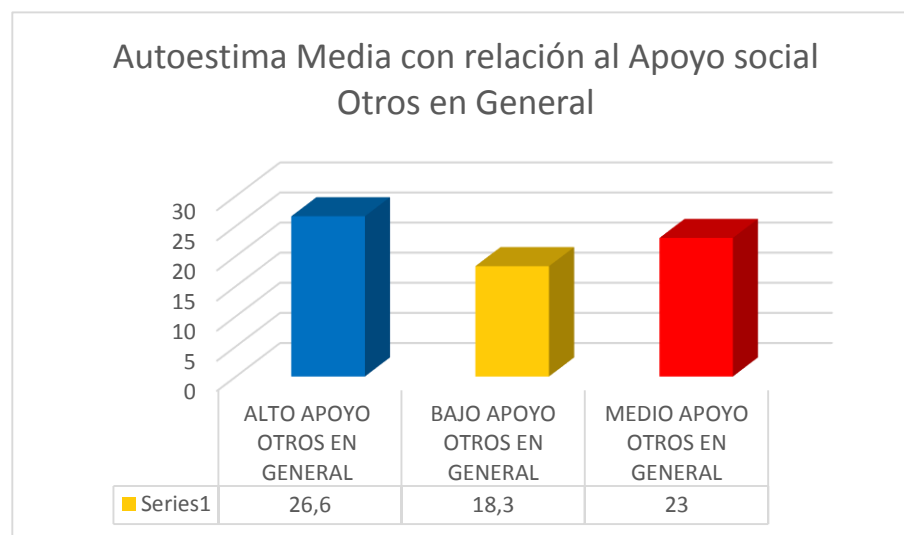


Figura 16. Autoestima Media en relación al Apoyo Social Percibido, Otros en general.

En la tabla 20 y en la figura 16; se observa que el 26,6% de las personas adultas mayores entre hombres y mujeres, presenta un nivel de autoestima media con relación al

alto apoyo social que perciben de otras personas en general, seguido de un 23,0% que tiene un nivel de autoestima media y percibe un grado de apoyo social medio por parte de otras personas en general, concluyendo con un 18,3% de personas mayores en las cuales el nivel de autoestima media con relación al bajo apoyo social percibido de otras personas en general es mínimo.

IV.4.8 Resultados de las correlaciones

Tabla 21. Resultado de la correlación entre autoestima y apoyo social percibido.

		Autoestima	Apoyo social Percibido
Autoestima	Coeficiente de Correlación	1,000	,602**
	Sig. (bilateral) N	300	300
Apoyo social percibido	Coeficiente de Correlación	,602**	1,000
	Sig. (bilateral) N	300	300

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 21, se describe la relación entre el nivel de autoestima en total y el grado apoyo social percibido total en la población de personas adultas mayores entre hombres y mujeres. Por tanto, la relevancia de esta correlación radica en que el apoyo social percibido y autoestima se correlacionan de manera positiva moderada.

Tabla 22. Resultado de las correlaciones entre las categorías del apoyo social percibido y la variable autoestima.

	Autoestima	Apoyo social percibido de amigos	Apoyo social percibido familiar	Apoyo social percibido de otros en general
Autoestima	1,000			
Apoyo social percibido amigos	,341**	1,000		
Apoyo social percibido familiar	,487**	,218**	1,000*	
Apoyo social percibido de otros en general	,543**	,300**	,650**	1,000

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 22, se puede observar que las categorías: apoyo social percibido de la familia, apoyo social percibido amigos y el apoyo social percibido de otras personas en general, se relacionan de manera significativa con la variable autoestima. Existe una correlación de tipo positiva baja, con relación a la autoestima y el apoyo social percibido de la familia, de igual manera se evidencia una relación positiva moderada de la autoestima y el apoyo social percibido de otras personas en general y finalmente una correlación positiva baja entre la autoestima y el apoyo social percibido de los amigos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación, se inició con la intención de conocer si la autoestima presentada en sus dimensiones positiva, negativa y media en las personas adultas mayores, tendría una relación significativa con la variable apoyo social percibido a partir de tres contextos sociales diferentes que serían, el ambiente familiar, las amistades y otras personas en general conformadas por instituciones públicas, instituciones privadas, asistencia social, entre algunos a mencionar.

En vista de este propósito se procedió a la selección de los instrumentos idóneos para la medición de las variables mencionadas, prosiguiendo con la correspondiente validación de los instrumentos por parte de 5 expertos que avalen la validez de las pruebas y su correspondiente aplicación. Se dispuso tomar una prueba previa para comprobar si la aplicabilidad de dichos instrumentos era viable, en vista de que las pruebas de base poseen validez y ya fueron validadas en La Paz Bolivia, la “Escala Multidimensional de Apoyo social percibido de Zimet”, en una muestra similar a la de la presente investigación, no así la “Escala de Autoestima de Rosenberg”, por la cual se hizo la prueba piloto con la finalidad de verificar la viabilidad de la misma. Teniéndose en cuenta las observaciones propuestas por los expertos se realizaron las correcciones, con la intencionalidad de esclarecer cada ítem para su mejor replicación en la muestra seleccionada.

Los participantes de este trabajo de investigación, fueron escogidos cumpliendo criterios previamente consolidados, tales como el número muestral de 300 personas, teniendo en cuenta tanto a hombres como a mujeres de 60 años en adelante, que no presenten daños severos en su salud capaces de transgredir sus capacidades visuales y auditivas o posibles trastornos o problemas psiquiátricos que influyan en la administración e incidan de manera negativa al momento de aplicar los instrumentos.

Entrando en materia, se propusieron objetivos específicos para su correspondiente análisis, comenzando con la descripción de los niveles de autoestima en las personas adultas mayores de la ciudad de La Paz, que obtuvieron un 53,7% en el nivel de autoestima negativa, siendo este un factor preocupante, puesto que corresponde a la mayoría de los participantes de la investigación. Otro de los niveles de la variable autoestima que se pretendió analizar en esta población es la autoestima positiva de la cual se obtuvo un 23,7% estableciendo así una diferencia relevante con el nivel de autoestima negativa, pero similar a la autoestima media que representa el 22,7% en las personas adultas mayores, que en su generalidad se hallan con un nivel de autoestima negativa o baja.

Prosiguiendo con la descripción de la presencia e importancia del apoyo social en la generalidad de personas adultas mayores, se obtuvo que un 57,3% de adultos mayores percibe o considera tener un grado medio de apoyo social, lo cual quiere decir que reciben apoyo social, pero al ser medio es propenso a estar presente en algunas ocasiones y en otras no. En el 30,7% de las personas mayores, se evidencia una percepción de apoyo social alto, que también es un dato interesante, que más que una percepción alta podría deberse también a la característica resiliencia que se presenta en la mayoría de adultos mayores, que tiende a una adaptación o conformismo. El condicionamiento a la falta de reacción o ensimismación, y quizá también la pasividad que se genera en muchos adultos mayores, se puede observar según Esquivias Luesia (2015), porque hay un cierto miedo en el adulto mayor propio del desarrollo de esta etapa, que como mencionaba Ballesteros (2007), con las crisis que se sucede a nivel biológico, psicológico y también social. De ahí se desprende la idealización de las redes de apoyo como el encargado de amortiguar el estrés, patologías, ansiedad, y ser también parte implícita en la calidad de vida que pueda ofrecerse al adulto mayor en pro de la mejora de su autoestima.

Por último, dentro de los datos generales, el 12,0% mantiene un nivel de apoyo social bajo, lo cual representa que la mayoría de las personas adultas mayores, considera recibir

apoyo social medio, por parte de sus amistades, de sus familiares, personas que estén en la función de cuidarlos y otras personas al servicio de las necesidades de las personas adultas mayores.

Como siguiente objetivo, también se estableció el conocer si la autoestima en las personas adultas mayores, se manifiesta de manera diferente en las mujeres con relación a los hombres, consecuentemente el nivel que obtuvo menos incidencia de participantes es el de la autoestima positiva que con un 19,2% da énfasis a que la minoría de las mujeres adultas mayores, conserva una percepción positiva acerca de sí mismas, un 25,3% se halla con un nivel de autoestima media, es decir conforme consigo mismas, no obstante el 55,5% de las mujeres adultas mayores, tendría un nivel de autoestima negativa, un dato que sugiere que la carencia de estima personal que las mujeres tienen en la vejez puede llevar consigo la pérdida del interés por las actividades, relaciones sociales, e incluso ser el primer paso que conlleva a la depresión. Es por este motivo que se resalta lo descrito por Santos de Santos (2009), estableciendo que en las mujeres adultas mayores las situaciones pasadas de falta de acceso a fuentes de laborales, la remuneración menor en su ex fuente de trabajo, la posible situación de viudez, e incluso la condición a la cual se ven obligadas a pertenecer como personas no funcionales suele remarcar estas vivencias pasadas, que podrían ser también causas por las cuales las mujeres afronten esta etapa quizá con mayores percances que los hombres.

Con respecto al autoestima en la población masculina, 51,9% de los adultos mayores hombres, registró un nivel de autoestima negativa haciendo denotar que la perspectiva de sí mismos y su auto valoración son bajas con relación a los otros niveles de autoestima, que denotan un 27,9% de los adultos mayores que tienen una autoestima de nivel positivo conservando o revalidando la percepción de sí mismos, contra una media autoestima de un 21,0% de hombres que consideran estar conformes consigo mismos, pero que a

diferencia de la autoestima positiva en la cual se pondera la auto valía, en la autoestima media, se determina el equilibrio con uno mismo.

Ahora bien, las diferencias en función al sexo de los participantes con relación al nivel de su autoestima es un dato importante de conocer y dentro de lo obtenido en los resultados, las mujeres presentan un nivel de autoestima media de 25,3% superior a la de los hombres con el 20,1% estableciendo así la posibilidad de que las mujeres sean más resilientes y se adapten con mayor facilidad a los cambios propios de su etapa vitalicia, mientras que en los hombres el nivel medio de equilibrio no es tan preponderante como el de la autoestima positiva que perciben con un 27,9% por sobre el 19,2% que perciben las mujeres, que a pesar de no ser demasiado alto, una buena parte de los hombres tiene un elevado aprecio hacia sí mismos. La diferencia en el nivel de la autoestima negativa sin embargo no es mucha, ya que tanto en hombres con un 51,9% como en mujeres con 55,5%, existe un alto índice de autoestima de carácter negativo denotando así, que tanto hombres, como mujeres experimentan el sentimiento de autoestima baja traducida en el desapego de su propia estima.

Con relación al apoyo social, las mujeres perciben el apoyo social bajo en un 13,0% a diferencia de los hombres con 11,0%, este dato revela que las mujeres consideran tener una red de apoyo social que es solventable, es por ello el indicador con menos afluencia y se reivindica en los hombres que también cuentan con alguna persona o personas que brinden apoyo, seguido del apoyo social alto que en las mujeres representa el 30,1%, y en los hombres el grado de apoyo social alto es del 31,2% , evidencia de que si existe una diferencia mínima de la percepción que los adultos mayores tienen acerca del apoyo social que reciben, concluyendo con el grado de apoyo social medio percibido por hombres con 57,8% en comparación al 56,8% que perciben las mujeres dando manifiesto que, la diferencia en función al sexo dentro del contexto del apoyo social existe pero es mínima, ya que como se puede apreciar hay una imagen casi uniforme acerca de cómo se percibe

el apoyo en las mujeres y hombres adultos mayores. En función a Santos de Santos (2009), el apoyo social como tal, juega un papel importante, ya que mediante su conformación hay una lógica de mantener los derechos de estas personas, además de la preservación de su conciencia de funcionalidad e incluso, haciéndoles partícipes de su propio sistema de afrontamiento de problemas y adaptación, traduciéndose que el apoyo social, mientras más alto sea percibido, menor es la escalada de posibles problemas, de salud, de estima, e incluso del propio funcionamiento, de hombres y mujeres adultos mayores.

En cuanto a la relación de los niveles de autoestima con la categorización del apoyo social percibido se analizó, que la autoestima positiva con relación a la familia es percibido por las personas adultas mayores con un 52,9%, indicando que el nivel de autoestima positiva depende en gran parte del apoyo social que la familia brinde a las personas adultas mayores, siendo el factor familiar el primordial para el incremento del nivel de autoestima en el adulto mayor, ya que la autoestima positiva con relación a un apoyo familiar medio registro un 20,0%, afianzando más la necesidad de este tipo de apoyo y concluyendo una mínima representación del 8,2% del total de personas adultas mayores que considera que la autoestima positiva sería consecuente de factores externos al apoyo social familiar.

La autoestima negativa en función al alto apoyo social percibido de la familia obtuvo un 22,1% frente al 54,8% de la autoestima negativa y el apoyo social medio de la familia en personas adultas mayores que establece que el apoyo familiar medio generaría una autoestima negativa, rectificándose en el 74,2% que percibe que el bajo apoyo familiar es el generador principal del descenso de la autoestima en la población de adultos mayores, que como se evidencia en los resultados, precisan de sus familiares como soporte anímico.

Lo mismo ocurre con la autoestima media, que registra que un 17,5% de los participantes, relaciona esta condición con el bajo apoyo social familiar es decir que, el poco apoyo familiar no es un factor preponderante de una autoestima estable, obteniendo

un 20,0% que registra que el alto apoyo percibido de la familia tendrá relación con el equilibrio de la estima propia, siendo la familia un motivante para conservar el sentimiento de auto valía y que el 25,2% correspondiente al apoyo social medio de la familia contribuye en el nivel medio de la estima. Tal como lo establece Orosco (2015), la reafirmación de la autoestima e identidad en el adulto mayor se establece mediante el contacto con los familiares del mismo, en la interacción con este entorno, ya que los cambios habituales del envejecimiento traen consigo un sentido de grandes cambios, aproximación a acontecimientos nunca antes vividos, fragilidad ante diversas situaciones e incluso la depresión geriátrica, que puede contrarrestarse mediante el apoyo de los miembros de la familia y el soporte de las redes que se generen a partir de este.

En cuanto al nivel de autoestima positiva y el apoyo social percibido de los amigos, el 18,7% de los adultos mayores perciben un grado de apoyo medio por parte de sus amistades, un 12,3% considera un apoyo social bajo por parte de sus amigos, es decir que el contacto con sus amistades sería un factor relacionado pero en menos medida con una autoestima elevada, sin embargo en un 45,8% de los demás participantes de la investigación se evidenció autoestima positiva con relación al alto apoyo social que perciben de sus amistades, siendo la compañía o cercanía con los amigos importante para elevar el nivel de la autoestima.

Continuando con el análisis, la autoestima negativa y su relación con el apoyo social de los amigos presenta porcentajes elevados con relación a los grados de apoyo, siendo un 33,3% del apoyo social alto percibido con relación a los amigos, un 56,1% percibe que el apoyo social medio influiría de alguna manera en la deconstrucción de su estima personal y el 68,5% de personas adultas mayores tendría una autoestima negativa o baja con relación al apoyo social provisto por sus amistades, dando a entender que la autoestima negativa depende de la afluencia y el contacto con los amigos, es decir que una red de apoyo amplia por parte de las amistades que las personas adultas mayores conservan

durante esta etapa favorecería al cambio de perspectiva acerca de la importancia que tienen como individuos y seres sociales que forman parte de la sociedad.

Con relación al apoyo social de los amigos y la autoestima media, se evidencia un declive porcentual, con un 19,2% que corresponde al bajo apoyo social de las amistades por tanto un nivel de autoestima media, seguido del 20,8% que percibe un nivel de autoestima media con relación a un alto apoyo social provisto por sus amistades y un 25,2%, de adultos mayores que conservan un nivel de autoestima media a partir de su percepción de un grado medio de apoyo social de sus amigos, es entonces que se puede añadir que en la etapa de la adultez, el grado de apoyo social por parte de las amistades, también es uno de los motivantes de un estado equilibrado de la estima y valía que cada individuo en esta etapa posee.

Regresando a la autoestima positiva, en función del apoyo social de otras personas se obtuvo el porcentaje más bajo de relación entre variables con un 4,3%, de un bajo apoyo social en general que no ejerce influencia en la autoestima de carácter positivo, proseguido de un 17,7% de los participantes del estudio que percibe un grado de apoyo social medio con relación a la autoestima positiva y como dato más relevante un 50,0% pondera que la autoestima positiva se debe al alto apoyo social percibido de otras personas en general. Estos datos sugieren que mientras más apoyo social sea provisto de personas externas al núcleo familiar, que sean parte de la red asistencia al adulto mayor, pueden mejorar su sentido de bienestar.

Continuando con el análisis, la autoestima negativa es el nivel en el cual existe una mayor concentración de la población de personas adultas mayores, con un 23,4% se halla el alto apoyo social de otras personas con relación a una baja autoestima, un 59,3% de los participantes que percibe que, el apoyo medio de otras personas incide en una buena parte para la manifestación de la autoestima negativa y un elevado 77,4% del bajo apoyo social de otras personas en general con relación que la carencia de apoyo por parte de otras

personas, instituciones, profesionales médicos, entre otros tienen un alto índice de ser parte del mal de la baja o negativa estima de las personas ancianas.

Cerrando con la autoestima media en función al apoyo social percibido de otras personas en general, se tiene 18,3% dentro del apoyo bajo percibido, además de un 23,0% de personas que consideran percibir un apoyo social medio por parte de otros que sí se relaciona con la autoestima media, pero en un grado mínimo y finalmente la autoestima media en función del alto apoyo social percibido de otra personas con un 26,6%, que al igual que la relación entre los otros niveles de autoestima, establece una relación pero no lo suficientemente grande, entendiéndose entonces que el nivel de estabilidad con uno mismo que simboliza la autoestima media dependería de personas allegadas, amigos, familiares, y quizá también de factores internos propios del sentimiento de auto valía contruidos a partir del concepto que cada persona tiene acerca de sí misma. Arias (2018), también se refería a la importancia de las redes de apoyo social, que según la autora se gestarían en la familia principalmente, al igual que González Bernal (2010), que establece al abuelo como una persona que estaría cumpliendo ciertos roles dentro del entorno familiar. La estrechez entre el significado del apoyo social y el bienestar es un tema que se verá puesto a prueba en constantes ocasiones de construcciones y reconstrucciones o adaptaciones y desadaptaciones del adulto mayor a su nuevo contexto vital, teniendo en cuenta este proceso de pérdidas físicas de seres queridos, amistades, cónyuges, familiares, se resalta la importancia de las personas que proveen este soporte en la medida en que la funcionalidad se mantenga estable en el envejeciente, además de la recreación o mantención del sentido de su estima personal.

Finalmente se concluye el estudio respondiendo a la pregunta de investigación ¿El apoyo social del entorno influirá en la autoestima de las personas adultas mayores? Si, el apoyo social que se prevee desde la sociedad o entorno para con los adultos mayores se relaciona con la autoestima de los adultos mayores.

V.1 Limitaciones

Dentro de las limitaciones que se presentaron durante el proceso de la presente investigación, se evidencia la dificultad de acceso a la población de personas adultas mayores, principalmente porque se hallan dispersos, algunos residiendo en hogares de reposo privados a los cuales solo es posible el acceso mediante cartas de solicitud, de igual manera en las instituciones que prestan ayuda médica, otras de asistencia social al adulto mayor, que coinciden en la condicionante de un permiso especial.

También se tuvo como limitante del estudio la forma de evaluación, que sin embargo resulta ser beneficiosa en cierto modo y ayudo a tener un mayor control al momento de recabar datos, ya que la mayoría de las personas que participaron en la investigación, al ser de la tercera edad, prefirió que la encuestadora recabara los datos, ya sea por cansancio visual o simplemente optaron por escuchar lo referido en cada ítem y responder, pero designando la transcripción a la encuestadora.

Otra de las limitantes y quizá una de las más importantes sean los lugares utilizados al momento de recabar los datos, ya que en la mayoría de los casos, se tuvo que improvisar un cierto grado de comodidad para los participantes del estudio, esto teniendo en cuenta que las escalas fueron aplicadas tanto en parques como en plazas, como algunos de los ambientes a mencionar en los cuales se cuenta con bancas mas no mesas, hay más contacto con estímulos externos tales como el ruido, otras personas, el clima que si es agradable genera más afluencia de personas adultas mayores que visita estos lugares.

V.2 Recomendaciones

A partir de la realización de la presente investigación, se corroboraron varios aspectos que son de gran importancia y generan preocupación con relación a la calidad de vida que tienen que afrontar las personas adultas mayores, y que tan importantes son las personas allegadas con relación a la auto valía y percepción de sí mismos, ya que el componente

socio afectivo en el envejecimiento juega un rol importante, es generador de adaptación en el adulto mayor a un nuevo ciclo y al entorno del cual formará parte con su nueva identidad y con los cambios que conllevan sus propios desafíos y recompensas. Por tanto, se sugieren las siguientes recomendaciones.

Sobre este tema cabe hacer mención de que esta población o sector de la población debería ser provista de más espacios de interacción social, que les permita incluirse con las demás personas que conforman la sociedad en general, ya que como se evidencio en esta investigación el apoyo social influye en gran medida el nivel de autoestima durante la etapa de la vejez.

Se recomienda el uso de instrumentos que se contextualicen en el entorno en el cual sean utilizados, esto en cuanto a la manera de redacción de las preguntas o ítems, con la finalidad de que sea adecuado para la población y contexto a la que se aplica y pretende medir las variables a estudiar dentro de la amplia gama de temas que acontecen en el envejecimiento. La importancia de la posibilidad de utilizar preguntas claras y escalas creadas en función de las necesidades de estas personas es que, como se conoce el tiempo de atención y concentración en la vejez es más corto que en etapas anteriores a esta; debido a cambios propios de la etapa, por este motivo y porque aún hay temas que no han sido estudiados en esta población.

Se considera también que la temática que aborda esta investigación podría ser ampliada e incluir otras variables que se considere relevantes dentro de la población de personas adultas mayores.

Una recomendación a la comunidad en general, es la de incentivar el desarrollo de los diferentes tipos de apoyo o redes de apoyo en las cuales puedan afianzar su confianza, todas aquellas personas que, en vista de su envejecimiento van aislándose o son aisladas de las distintas esferas sociales, por esto mismo es importante comprender las condiciones por las que atraviesa el adulto mayor y lo importante que resulta ser la comprensión, la

afectividad, la atención, la colaboración mutua, la asistencia y el cuidado que merecen estas personas, y que todo esto puede ser provisto mediante el incentivo de la comunidad y sus espacios de apoyo.

La autoestima en la mayoría de las personas adultas mayores es un tema de interés, ya que en esta etapa no solo dependerá de factores internos y de la capacidad que los seres humanos tenemos para auto estimarnos en función de nuestras expectativas, sino que también tiene un gran componente social en medio, por este motivo sería de vital importancia crear talleres, crear espacios de interés para estas personas, incentivar a la participación en la toma de decisiones, formar parte de la construcción de un nuevo perfil de autoestima en las personas adultas mayores, haciéndoles saber que son un elemento valioso en la familia, en el entorno social, funcionales en su actividad, y parte de la comunidad en general.

Se recomienda también la posibilidad de crear centros ya sean públicos o privados, donde se centren como objetivos primordiales la calidad de vida, la comodidad, las facilidades en cuanto a rampas, barras para transitar, asientos en vista de que un gran número de estas personas se cansa con facilidad y en vista de que como se pudo verificar, no hay demasiados espacios de interacción para estas personas. La posibilidad de encontrarlos en un lugar donde puedan socializar, habitualmente son parques o plazas, sin embargo, es importante la promoción de espacios de integración social con la finalidad de potenciar sus habilidades sociales en un entorno seguro del cual reciban y aporten.

Y finalmente, a la población en general se le recomienda, tener en cuenta al adulto mayor para futuras investigaciones con el fin de generar un intercambio de conocimientos y experiencias que sirvan de base para ampliar nuestra propia perspectiva acerca de las distintas realidades sociales que nos rodean y que finalmente conforman la realidad social que vivimos.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS

- Aguirre Raya, S. M. (2004). Manifestación del sentido de vida en personas de la Tercera Edad no institucionalizadas.(Tesis de Licenciatura).La Paz - Bolivia: Universidad Católica de San Pablo, UCB.
- Almudena Orduña, A. (2003). *Factor individual: Autoestima*. Salamanca - España: Ed. D.U.E, Salamanca.
- Alonso Palacio, L. M., Ríos, A. L., Caro de Payares, S., Maldonado, A., Campo, L., Quiñonez, D. & Zapata, Y. (2010). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/749/5809>.
- Aponte Daza, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Revista Ajayu, vol 13*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo.
- Aranda B., C. & Pando M., M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social *Revista IIPSI*. Recuperado de: [https:// pdfs semantic scholar.org/8baa/c4cbfa61a398777011454468abdc025837a.pdf](https://pdfs.semanticscholar.org/8baa/c4cbfa61a398777011454468abdc025837a.pdf).
- Arias, C. J. (2018). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IME*. Recuperado de: <https://Dialnet La Red De Apoyo Social En La Vejez Aportes Para Su Evaluacion-5154987.pdf>.
- Arriagada Ortiz, B. & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia, contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 25-31. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>.
- Asociación mexicana de geriatría y gerontología, A. (09 de Diciembre de 2016). *Asociación mexicana de geriatría y gerontología, A.C*. Recuperado de: <http://amgg.com.mx/sobre-el-envejecimiento/la-importancia-de-la-autoestima-en-el-adulto-mayor/>

- Ayuso, E. (2007). Envejecimiento y enfermedad. *España. Revista Mounier.es*. Recuperado de: <http://www.mounier.es/revista/pdfs/053035037.pdf>.
- Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento Saludable: Aspectos, Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Barcelona - España: Universita-UNED.
- Bandera, J. (1990). Interacción y elaboración de la identidad. *Revistas .ucm .es*. Recuperado de: [https://www.9463-Texto%20del%20artículo-9544-1-10-2011 05 31.PDF](https://www.9463-Texto%20del%20artículo-9544-1-10-2011%200531.PDF).
- Bastida de Miguel, A. M. (15 de Marzo de 2018). *Psicología-Online*. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/la-importancia-de-la-autoestima-como-potenciarla-2350.html>.
- Bluske, M. & Vargas Villena, J. (03 de Agosto de 2017). *El Periodico*. Recuperado de: El Periódico Digital Bolivia. com: <http://el-periodico-digital.com/2017/08/03/tercera-edad-en-bolivia-un-sector-en-el-olvido/>
- Branden, N. (1995). Desarrollo de la autoestima, los seis pilares de la autoestima. En N. Branden, *Desarrollo de la autoestima, los seis pilares de la autoestima*. Barcelona-España: Paidós.
- Caballero García, J. C. (2010). *Aspectos generales del envejecimiento normal y el patológico: fisiología y fisiopatología*. Recuperado de: Rackcdn. com: 15f8034cdff6595cbfa11dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcb70/Envejecimiento Fisiologico y Patologico.pdf.
- Cadenas Salazar, R., Villarreal Ríos, E., Vargas Daza, E. R., Martínez González, L. & Galicia Rodríguez, L. (2009). Relación entre apoyo social funcional y satisfacción vital del adulto mayor jubilado. México: *Medigraphic.com*.
- Calvo Francés, F. & Díaz Palarea, M. D. (1 de Marzo de 2004). *Apoyo social percibido: Características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica*. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3033>.
- Camacho, C. (Agosto de 2012). Los adultos mayores, invisibilizados en la sociedad. *Los Tiempos*. Recuperado de: <https://www.lostiempos.com/tendencias/bienestar/20120617/adultos-mayores-invisibilizados-sociedad>.
- Campbell, T. D. (1995). *Diseños experimentales y Cuasiexperimentales*. Buenos Aires-Argentina: Amorrortu Editores.

- Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Guido Galindo, L. & Valilla Gigante, S. (2010). *Metodología de la investigación educativa: Investigación ex post facto*. Madrid-España. Recuperado de: <https://dokumen.tips/documents/metodologia-de-la-investigacion-educativa-investigacion-ex-post-facto.html>.
- Cardona Arango, D., Estrada Restrepo, A., Chavarriaga Maya, A., Ordoñez Molina, J. & Osorio Gómez, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín: *Salud Pública*.
- Casas Fernández, G. (20 de Noviembre de 2005). *La terapia familiar y el enfoque de Virginia Satir*. Recuperado de: La terapia familiar y el enfoque de Virginia Satir: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000104.pdf>.
- Ceballos Ospino, G. A., Paba Barbosa, C., Seuscún, J., Oviedo, H. C., Herazo, E. & Campos Arias, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima. *Scielo*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a03.pdf>.
- CEPAL, C. E. (2011). *Conceptos de vejez y enfoques de envejecimiento*. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/areas-de-trabajo/poblacion-y-desarrollo>.
- Chuquimia, L. (21 de Agosto de 2015). *Página Siete*. Recuperado de: <https://www.página.siete.bo/sociedad/2015/8/22/paz-adultos-mayores-vive-estado-vulnerabilidad-67444.html>.
- Cotarelo Pérez, A. K. (2015). Cambio de roles en el adulto mayor antes y después de la jubilación. *Revista TOG*. Recuperado de: <https://www.eae-publishing.com/catalog/details/store/es/book/978-3-639-75048-5/cambio-de-roles-en-el-adulto-mayor-antes-y-despu%C3%A9s-de-la-jubilaci%C3%B3n>.
- De la Barrera, M. L. & Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. *Pensamiento Psicológico, Vol. 5*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3091295>.
- De la Torre, S. C. (2011). *Personas Adultas Mayores Desiguales y Diversas, Cuaderno de futuro 29, Políticas públicas y envejecimiento en Bolivia*. La Paz - Bolivia: Editorial Edobol.
- De Salud Ministerio, d. E. (24 de Agosto de 2018). *Conozca los tres requisitos para que un adulto mayor acceda a la atención médica gratuita en Bolivia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gob.bo/3417-requisitos-atencion-adultos>.

- Del Castillo Camacho, Z. E. (1998). *La Autovaloración en sujetos de la Tercera Edad en Centros de Actividades Múltiples (C.A.M.)*. (Tesis de Licenciatura). LaPaz - Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, UMSA.
- Dillon, J. (20 de Abril de 2018). *Infobae*. Recuperado el 03 de Octubre de 2018, de <https://www.infobae.com/tendencias/2018/04/20/la-cuarta-edad-el-desafio-de-redisenar-la-vida-mas-alla-de-los-80-anos/>
- Espinoza Tamez , P., Hernández Sinencio, H., López Guzmán, R. & Lozano Esparza , S. (3 de Enero de 2018). *Departamento de Probabilidad y Estadística, Muestreo de Bola de nieve*. Recuperado de: [https:// www. dpye .iimas. unam.mx/ patricia/ muestreo/ProyectoFinal_Bola%20de%20Nieve](https://www.dpye.iimas.unam.mx/patricia/muestreo/ProyectoFinal_Bola%20de%20Nieve).
- Esquivias Luesia, V. & Roldán Franco, M. A. (2015). *Calidad de vida y apoyo social*. Madrid - España: ICAI ICADE.
- Fachado, A. A., González Castro, L. & Menéndez Rodríguez, M. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de atención primaria*. Recuperado de: [http:// www. agamfec. com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf).
- Fernández Ballesteros, R. (2002). *La Psicología de la Vejez*. Madrid - España: Encuentros multidisciplinares.org.
- Fernández, P. (31 de Agosto de 2014). *¿Es la sociedad actual justa con los mayores?* Recuperado de: https://www.el-diario.es/norte/euskadi/sociedad-actual-justa-mayores-UPV-geriatrico_0_296420994.html.
- Figueroa, L. A., Soto Carballo, D. & Santos Fernández, N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Recuperado de: [http:// scielo. sld. cu/ scielo. php? script=sci _arttext&pid=S1561-31942016000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012).
- Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (2012). *Ley General de las Personas Adultas Mayores* . La Paz - Bolivia.
- Gonzales Torres, D. E. (2012). *Programa de Capacitación y Sensibilización dirigido a los Adultos Mayores, a partir de la Invisibilidad del Maltrato Psicológico*. (Tesis de Licenciatura). La Paz - Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, UMSA.
- González Bernal, J., González Santos, J., de la Fuente Anuncibay, R., Marquínez Meneses, S. & González Bernal, N. (2010). Funciones que desempeñan los

- abuelos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 2. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832325065.pdf>.
- Henaó Franco, J. H. (17 de Febrero de 2004). *Red Latinoamericana de Gerontología*. Recuperado de: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=122>.
- Hernández Rodríguez, M. (2007). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual*. Recuperado de: <http://www.Dialnet-LaPercepciónDeLaPersonaAdultaMayorEnLaSociedadRamo-5897884.pdf>.
- Hernández Sampieri Roberto, F. C. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGrawHill, Interamerican Editores.
- Ibarraran, P. & Medellín Almanza, N. (febrero de 2018). La factura demográfica está al llegar: ¿tenemos fondos en la cuenta? *El País, Red de Expertos*. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2018/02/06/planeta_futuro/1517921200_059176.html.
- Ichuta Nina, C. E. (15 de Septiembre de 2018). Ser adulto mayor en Bolivia. *La Razón*. Recuperado de: http://www.La-razón.com/opinión/columnistas/adulto-mayor-Bolivia_0_3002699706.html.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *INE: La Paz es el departamento con más adultos mayores*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de: https://www.NP_2015_73.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (Mayo de 2018). *La población en Bolivia llega a 11.216.000 habitantes*. Recuperado de: <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/itemlist/tag/Poblaci%C3%B3n>.
- Instituto Nacional de Estadística, INE.(agosto de 2017). Recuperado de: Instituto Nacional de Estadística I.N.E.bo: <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/itemlist/tag/Poblaci%C3%B3n>.
- International, H. & Pueblo, D. d. (2011). *Levantamiento de información sustantativa sobre los derechos de las personas adultas mayores en Bolivia*. Bolivia: Molina y Asociados.
- Jurado Cárdenas David, López Villagrán Karla, Jurado Cárdenas Samuel y Querevalú Guzmán Brenda. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en Universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latino americana de*

Medicina Conductual, Redalyc. Recuperado de: [http:// www. redalyc. org/ pdf/2830/283046027004.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/2830/283046027004.pdf).

- López De Roda, A. B. (1992). Apoyo Social Percibido, su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*. Recuperado de: [http://www. Dialnet-ApoyoSocialPercibido-111766.pdf](http://www.Dialnet-ApoyoSocialPercibido-111766.pdf).
- Luque Pinto, M. D. (2010). *Autopercepción del proceso de envejecimiento en la Organización Awichas de pampahasi y la comunidad de chachapoya de departamentto de La Paz*.(Tesis de Licenciatura). La Paz-Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, UMSA.
- Machuca Cortez, M. (3 de Febrero de 2017). *Los Tiempos, Adultos mayores: mucho por hacer*. Recuperado de: [http:// www. los tiempos.com/ actualidad/ opinion/ 20170203/ columna/adultos-mayores-mucho-hacer](http://www.los-tiempos.com/actualidad/opinion/20170203/columna/adultos-mayores-mucho-hacer).
- Madrid, U. C. (s.f.). Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica . En *Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica* . Madrid - España: Fundación Universidad Empresa.
- Maina, S. M. (2004). *El rol del adulto mayor en la sociedad actual*.(Tesis de Licenciatura en Trabajo Social). La Pampa - Argentina: Universidad Nacional de la Pampa.
- Mariaca Sejas, S. L. (2013). Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado. (Tesis de Grado). La Paz - Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, UMSA.
- Martelo Guerrero, M., Galván, G., De la Hoz Vásquez, F., Morales, D. & Làzaro, G. (2015). Relación entre Autoestima y Autonomía Funcional en Función del Apoyo Social en Adultos Institucionalizados de la Tercera Edad. *Psicogente en Scielo*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v18n34/v18n34a05.pdf>
- Martinez Raya, G. D. (2018). *Validación de la Escala de Autoestima de Rosenberg en estudiantes del nivel secundario pertenecientes a dos unidades educativas de la Ciudad de La Paz*.(Tesis de Licenciatura). La Paz - Bolivia: Universidad La Salle.
- Martinez, H. D., Mitchell, M. E. & Aguirre, C. G. (Julio de 2013). *Preventiva y social. web*.Recuperadode:<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>.
- Mendizábal Michel, S. K. (2013). Validez de la Escala ADAS-COG, para la Evaluación de la Demencia tipo Alzheimer en adultos mayores de 65 a 80 años que asisten al Centro de Rehabilitación Neurocognitiva, Mente Activa de la ciudad de La Paz. (Tesis de Licenciatura) La Paz - Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, UMSA.

- Mercadeo, L. (02 de Febrero de 2011). *Liderazgo y mercadeo.com*. Recuperado de: <http://www.dcne.ugto.mx/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Autoestima.pdf>.
- Mosqueda Díaz, A., Jofré Aravena, V., Barriga, O. A. & Mendoza Parra, S. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Revista Electrónica trimestral de Enfermería*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300006.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2017). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=37E8C3E83D06BC6767BB38D74242BFA0?sequence=1.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de: Centro de prensa del la Organización Mundial de la Salud OMS: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (5 de febrero de 2018). *Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS. (10 de junio de 2015). *Salud en Las Américas.org*. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas/2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es.
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Lima. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147143428004.pdf>.
- Orosco, C. (18 de Enero de 2018). *Depresión y autoestima en adultos mayores*. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Redalyc. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1/147143428004.pdf>.
- Ortiz Arriagada, B. & Castro Salas, M. (2009). Bienestar Psicológico de los Adultos Mayores, Su Relación con la Autoestima y la Autoeficacia. Contribución de Enfermería. *Ciencia y Enfermería XV*. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>.

- Ortiz Parada, M. & Baeza Rivera, M. J. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo2. *Scielo*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v10n1/v10n1a16.pdf>.
- Pacheco Halas, M. N. (2017). *Influencia del Apoyo Social Percibido, Factores Sociodemográficos y Socioeconómicos sobre la Depresión en personas Adultas Mayores del área urbana de la Ciudad de La Paz*.(Tesis de Licenciatura).La Paz-Bolivia: Universidad La Salle.
- Páez Otey, D. (31 de Marzo de 2018). *Latin American Post*. Recuperado de <https://latinamericanpost.com/es/20266-la-realidad-de-los-adultos-mayores-en-latinoamerica>.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R. (2010). *Desarrollo Humano*. Mexico - D.F: McGraw-Hill.
- Pardo Burgos, R. V. (2008). Animación Sociocultural en gerontes institucionalizados del Hogar María Esther Quevedo de la ciudad de La Paz, para mejorar la calidad de vida. (Tesis de Licenciatura). La Paz - Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, UMSA.
- Paredes, A., Vicky, Y., Pinzón, C., Yarce, E. & Aguirre Acevedo, D. (10 de Noviembre de 2017). *Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia*. Recuperado de: [Revistas.urosario.edu.co: https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/download/6494/4954](http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/download/6494/4954).
- Pelcastre Villafuerte, B. E., Treviño Siller, S., Gonzàles Vàsquez, T. & Màrquez Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Revista Scielo*. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000300007&script=sci_abstract&tlng=es.
- Peña Pérez, B., Moreno Aguilera, F. y Bazán Castro, M., (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>.
- Peña, S. (2012). Envejecimiento normal y patológico. Recoleta-Chile: *Psiquiatría Universitaria*. Recuperado de: <http://revistagpu.cl/>
- Pérez Bilbao, J. & Daza, F. M. (2007). *El apoyo social*. Madrid - España: Pearson Education.SA.

- Pérez, W. (21 de Marzo de 2014). *La Razón, En el país 7 de cada 10 adultos mayores trabajan*. Recuperado de: http://www.la-razon.com/sociedad/Cifra-pais-adultos-mayores-trabajan_0_2019398077.html.
- Piaget, J. (1991). *Seis estudios psicológicos*. Barcelona - España: S.A. Aragón.
- Polaino Lorente, A. (2000). Una Introducción a la Psicopatología de la Autoestima. *Revista Complutense de Educacion*. Recuperado de: <http://www.17932-Texto%20del%20artículo-18008-1-10-20110602.PDF>.
- Pueblo, D. d. (2015). *Derechos de las personas adultas mayores*. Artes Gráficas Oruro. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/cartilla-derechos-de-las-personas-adultas-mayores.pdf>.
- Ramos Esquivel, J. & Salinas García, R. J. (2010). Vejez y apoyo social. *Revista de Educación y Desarrollo*. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/15/015_Ramos.pdf.
- Roa García, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Dialnet*. Recuperado de: [http://Dialnet-LaEducacionEmocionalElAutoconceptoLaAutoestima-4596298%20\(1\).pdf](http://Dialnet-LaEducacionEmocionalElAutoconceptoLaAutoestima-4596298%20(1).pdf).
- Rodríguez de Buen, P. (2013). *La vejez, etapa rechazada en la cultura actual*. México: UNAM, Ciudad Universitaria.
- Rodríguez Hernández, M. (2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica*. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/4089>.
- Rodríguez Uribe, A. F., Valderrama Orbegozo, L. J. & Molina Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Revista Psicología desde el Caribe*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>.
- Rodríguez, Y. R., Negrón, N., Toledon Osorio, N., Quiñones Berrios, A. & Maldonado Peña, Y. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudios en universitarios. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n1/v33n1a03.pdf>.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton - New Jersey: Quinn and Boden Company, Inc, Rahway, N.J.

- Ruis, M. (14 de Septiembre de 2015). *Vanguardia.com*. Recuperado de: [Vanguardia.com: https://www.vanguardia.com/opinion/editorial/327595-los-adultos-mayores-en-la-sociedad-actual](https://www.vanguardia.com/opinion/editorial/327595-los-adultos-mayores-en-la-sociedad-actual).
- Saez Narro, N., Aleixandre, M., Melendez, J. C. & Villanueva, I. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. Valencia - España: *Investigaciones Psicológicas*.
- Salkind, J. N. (1998). *Métodos de investigación*. Juárez - México: Prentice Hall Hispanoamerica.
- Santos de Santos, Z. C. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Dialnet, Unirioja*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=4085235>.
- UNAM, Universidad Autónoma de México, D. g. (2016). *La crisis de identidad crea un sin sentido en la vida del adulto mayor*. Ciudad Universitaria. Recuperado de: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_182.html.
- UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México,(21 de Marzo de 2009). *Las etapas del desarrollo*. Recuperado de: https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicología2/pscII/MD1/MD1-L/etapas_desarrollo.pdf.
- Vega Yenes, A. V., Ramos Rodríguez, M. L., Barrios Martínez, M. L. & Quintero, M. V. (2015). Imagen del cuerpo en adultos mayores. *Revista Salud*. Recuperado de: <http://www.1337-1403-2-PB.pdf>.
- Viguera, V. (21 de Mayo de 2010). *www. Psiconet. com*. Recuperado de: <http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/clase13.html>.
- Villavicencio Ramírez, I. J. & Rivero Álvarez, R. P. (2011). Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad pública de beneficencia de Lima Metropolitana. Lima - Perú: *Escuela Académico Profesional de Gerontología, Universidad Alas Peruanas*.
- Villegas Garay, S. & Pèrez Avalos, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. São Paulo - Brasil: *Kairòs*.
- Vivaldi, F. & Enrique, B. (2012). *Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores*. Terapia Psicológica, *Redalyc*: Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523006002>.

- Voli, F. (16 de Octubre de 2009). *www. Francovoli. com*. Recuperado de: <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/283informe.pdf>.
- Zamora Soto, N. N. (1999). *El sentido de vida en un grupo de mujeres de la tercera edad integrantes de un grupo de asistencia al anciano*. (Tesis de Licenciatura). La Paz-Bolivia: Universidad Católica de San Pablo, UCB.
- Zapana, V. (Agosto de 2016). *Los Tiempos, Los bolivianos envejecen a una hipervelocidad de 3,7% al año*. Recuperado de: <https://fiapam.org/los-bolivianos-envejecen-a-una-hipervelocidad-de-37-al-ano/>
- Zavalaga G., M., Vidal G, D., Castro S, M., Klaseen P, G. & Quiroga, P. (2006). *Funcionamiento social del adulto mayor. Ciencia y Enfermería XII*. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet.

ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET

El siguiente cuestionario sirve para evaluar la variable del apoyo social que usted percibe en tres categorías: familia, amigos y otras personas significativas. Por favor CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS marcando UNA SOLA OPCIÓN en cada ítem de la escala. Marque con una (X) la opción con la cual se identifique mejor.

		Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi Siempre
1	Sé que cuento con ayuda en caso de necesidad	1	2	3	4
2	Cuando me siento alegre o triste, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
3	Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	1	2	3	4
4	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4
5	Hay una persona que me apoya o consuela cuando lo necesito	1	2	3	4
6	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4
7	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4
8	Puedo conversar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4
9	Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4
10	Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	1	2	3	4
11	Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
12	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4

Anexo 2: Escala de Autoestima de Rosenberg.**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

El siguiente cuestionario sirve para evaluar la variable del apoyo social que usted percibe en tres categorías: Alta, media y baja. Por favor CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS marcando UNA SOLA OPCIÓN en cada ítem de la escala. Marque con una (X) la opción con la cual se identifique mejor.

		Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De acuerdo	Muy Deacuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Anexo 3: Modelo de carta y formulario de validación de instrumentos, para expertos.

La Paz, 30 Noviembre de 2018

Señor

Lic. Nombre Apellido

Docente de la Carrera de Psicología

Universidad La Salle

Presente.-

De mi consideración:

A tiempo de saludar a su persona, tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitar su colaboración en calidad de experto para validar los instrumentos ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG y ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET mismo que utilizaré en la investigación titulada “AUTOESTIMA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES: UN ESTUDIO CORRELACIONAL” que forma parte de mi Tesis de Grado. La misma tiene como objetivo principal “Determinar el grado de relación que existe entre autoestima y apoyo social percibido en adultos mayores que viven en un asilo de la zona sur de la ciudad de La Paz”.

Para este fin, adjunto encontrará las mencionadas escalas y el formulario de validación para cada una de ellas.

Agradeciendo de antemano su colaboración, me despido atentamente

Mariana Peñaranda Medinacelly

CI.6847325

Formulario de validación

Características generales de la escala

La Escala de Autoestima de Rosenberg, fue creada por Morris Rosenberg en el año 1965, con la finalidad de medir los niveles de autoestima en cada persona. Actualmente se ha utilizado en Bolivia, por lo que se ha considerado podría resultar útil para evaluar Autoestima en la tesis de grado titulada: Autoestima y Apoyo social percibido en adultos mayores: Un estudio correlacional.

La escala consta de 10 ítems de los cuales cinco se encuentran redactados en sentido positivo y los cinco restantes en sentido negativo, en una escala Likert: De puntuación máxima de 4 puntos y una mínima de 1 punto. Los ítems 2, 5, 8, 9 y 10 se calificaran de modo inverso es decir de 4 puntos a 1, mientras que los ítems 1, 3, 4, 6 y 7 se calificaran de 1 a 4 puntos.

Para el mencionado trabajo se tomarán las siguientes definiciones para entender autoestima.

Definición Conceptual

Autoestima es un concepto derivado de la palabra Self- esteem, que hace alusión al concepto que cada persona tiene acerca de sí misma. Tiene que ver con la auto percepción de la estima que cada individuo tiene de sí de mismo (Polaino Lorente, Una Introduccion a la Psicopatologia de la Autoestima, 2000).

Definición Operacional

Autoestima es la valoración de uno mismo, de carácter subjetivo, proyectándose al ideal futuro que se tiene de uno mismo.

Dentro de las dimensiones contempladas por el autor del instrumento se incluyen: a) Postiva (hace referencia a un mayor nivel de autoestima) y b) Negativa (hace referencia a afirmaciones negativas acerca de uno mismo).

Instrucciones:

En la tabla a continuación encontrará seis columnas, en la primera se presentan los 10 ítems correspondientes a la escala, a continuación, en las dos columnas vacías se encuentran las dimensiones mencionadas, seguidas de dos columnas vacías en plomo donde se pregunta sobre la idoneidad del ítem para evaluar el autoestima en función de las definiciones presentadas antes y finalmente una columna de observaciones.

Por favor en las primeras tres columnas, marque con una equis (X) la categoría a la cual usted considera corresponde el ítem. A continuación, en el sector plomo, marque con una equis (X) si considera o no que el ítem es pertinente para evaluar el nivel de autoestima de adultos mayores. Finalmente, en la columna de la derecha, en caso de existir observaciones sobre el ítem, su redacción o comprensión se presenta la columna de observaciones.

¡Muchas gracias!

TABLA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

N°	ITEM	POSITIVO	NEGATIVO	¿Considera usted pertinente la pregunta para evaluar autoestima en personas adultas mayores?		Observaciones
				Si	no	
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.					
2	Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.					
3	Creo que tengo varias cualidades buenas.					
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.					
5	Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.					
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.					
7	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.					
8	Desearía valorarme más a mí mismo.					
9	A veces me siento verdaderamente inútil.					
10	A veces pienso que no sirvo para nada.					

Formulario de validación

Características generales de la escala

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, fue creada por Dahlem, Zimet y Farley en el año 1988 con la finalidad de medir como percibe el apoyo social una persona teniendo en cuenta a los amigos, familia y otras personas. Actualmente se ha utilizado en países como Chile, por lo que se ha considerado podría resultar útil para evaluar el apoyo social en la tesis de grado titulada: Autoestima y Apoyo social percibido en adultos mayores: Un estudio correlacional.

Para el mencionado trabajo se tomarán las siguientes definiciones para entender el apoyo social percibido.

Definición Conceptual

El apoyo social percibido es una construcción conceptual, que hace referencia al grado de apoyo que percibe y recibe una persona por parte de su entorno social. Es de carácter subjetivo y está conformado por múltiples dimensiones de las cuales, las más importantes son la funcional y la estructural (Calvo Francès, Díaz y otros 2004).

Definición Operacional

El apoyo social percibido es, se comprende como una percepción de cuanto apoyo recibe un individuo en su entorno y cuanto apoyo encuentra en el mismo, también dependiente de la subjetividad que tenga cada persona acerca del grado de apoyo que recibe de los demás. Comprende las categorías de familia, amigos y personas significativas en general. Esta establecida en un formato de escala Likert de opciones de 1 como mínimo y 4 como máximo.

Dentro de las dimensiones contempladas por el autor del instrumento se incluyen: a) Familia (hace referencia al grado de apoyo que se percibe y recibe de su entorno familiar), b) Amigos (hace referencia al grado de apoyo que percibe y recibe una persona por parte de sus amistades) y c) Otras personas en General (hacen referencia a el grado de apoyo que percibe y recibe una persona de otras personas del entorno).

Instrucciones:

En la tabla a continuación encontrará seis columnas, en la primera se presentan los 12 ítems correspondientes a la escala, a continuación en las tres columnas vacías se encuentran las dimensiones mencionadas, seguidas de dos columnas vacías en plomo donde se pregunta sobre la idoneidad del ítem para evaluar el apoyo social percibido en función de las definiciones presentadas antes y finalmente una columna de observaciones.

Por favor en las primeras tres columnas, marque con una equis (X) la categoría a la cual usted considera corresponde el ítem. A continuación, en el sector plomo, marque con una equis (X) si considera o no que el ítem es pertinente para evaluar el grado de apoyo social percibido de adultos mayores. Finalmente, en la columna de la derecha, en caso de existir observaciones sobre el ítem, su redacción o comprensión se presenta la columna de observaciones.

¡Muchas gracias!

N°	ITEM	FAMILIA	AMIGOS	PERSONAS EN GENERAL	¿Considera usted pertinente la pregunta para evaluar apoyo social en personas adultas mayores?		Observaciones
					Si	no	
1	Sé que cuento con ayuda en caso de necesidad.						
2	Cuando me siento alegre o triste, hay alguien que me puede ayudar.						
3	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.						
4	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.						
5	Hay una persona que me apoya o consuela cuando lo necesito.						
6	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.						
7	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.						
8	Puedo conversar de mis problemas con mi familia.						
9	Cuando tengo alegrías o penas, puedo compartirlas con mis amigos.						
10	Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.						
11	Mi familia ayuda a tomar decisiones.						
12	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.						

Anexo 4: Ley 369, Ley del 1 de mayo de 2013, Ley general de las personas adultas mayores.

**LEY N° 369
LEY DE 1° DE MAYO DE 2013
EVO MORALES AYMA**

**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA**

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL,

D E C R E T A:

**LEY GENERAL DE LAS PERSONAS
ADULTAS MAYORES**

Ley N° 369: Ley General de las Personas Adultas Mayores

**CAPÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección.

Artículo 2. (TITULARES DE DERECHOS). Son titulares de los derechos las personas adultas mayores de sesenta (60) o más años de edad, en el territorio boliviano.

Artículo 3. (PRINCIPIOS). La presente Ley se rige por los siguientes principios:

1. **No Discriminación.** Busca prevenir y erradicar toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos fundamentales y libertades de las personas adultas mayores.
2. **No Violencia.** Busca prevenir y erradicar toda conducta que cause lesión interna o externa, o cualquier otro tipo de maltrato que afecte la integridad física, psicológica, sexual y moral de las personas adultas mayores.
3. **Descolonización.** Busca desmontar estructuras de desigualdad, discriminación, sistemas de dominación, jerarquías sociales y de clase.
4. **Solidaridad Intergeneracional.** Busca la interdependencia, colaboración y ayuda mutua intergeneracional que genere comportamientos y prácticas culturales favorables a la vejez y el envejecimiento.

5. **Protección.** Busca prevenir y erradicar la marginalidad socioeconómica y geográfica, la intolerancia intercultural, y la violencia institucional y familiar, para garantizar el desarrollo e incorporación de las personas adultas mayores a la sociedad con dignidad e integridad.
6. **Interculturalidad.** Es el respeto a la expresión, diálogo y convivencia de la diversidad cultural, institucional, normativa y lingüística de las personas adultas mayores, para Vivir Bien, promoviendo la relación intra e intergeneracional en el Estado Plurinacional.
7. **Participación.** Es la relación por la que las personas adultas mayores ejercen una efectiva y legítima participación a través de sus formas de representación y organización, para asegurar su integración en los ámbitos social, económico, político y cultural.
8. **Accesibilidad.** Por el que los servicios que goza la sociedad puedan también acomodarse para ser accedidos por las personas adultas mayores.
9. **Autonomía y Auto –realización.** Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores, están orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario.

Anexo 5: Ley 369, Ley del 1 de mayo de 2013, Ley general de las personas adultas mayores, Capítulo Segundo de derechos y garantías.

CAPÍTULO SEGUNDO DERECHOS Y GARANTÍAS

Artículo 7. (TRATO PREFERENTE EN EL ACCESO A SERVICIOS).

- I. Las instituciones públicas y privadas brindarán trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los siguientes criterios:
1. Uso eficiente de los tiempos de atención.
 2. Capacidad de respuesta institucional.
 3. Capacitación y sensibilización del personal.
 4. Atención personalizada y especializada.
 5. Trato con calidad y calidez.
 7. Erradicación de toda forma de maltrato. Uso del idioma materno.
- II. Todo trámite administrativo se resolverá de manera oportuna, promoviendo un carácter flexible en su solución, de acuerdo a Ley.

Artículo 8. (SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL). El sistema de seguridad social integral garantizará a las personas adultas mayores:

- a. El acceso oportuno a las prestaciones del Sistema Integral de Pensiones, conforme a Ley.
- b. El acceso a la salud con calidad y calidez.
- c. La información sobre el tratamiento, intervención médica o internación, con el fin de promover y respetar su consentimiento.

Anexo 6: Ley 3323, Ley del 16 de enero de 2006, Capítulo IV gestión del seguro de salud para el adulto mayor.

LEY N° 3323
Presidencia de la República
BOLIVIA
LEY DE 16 DE ENERO DE 2006
EDUARDO RODRIGUEZ VELTZÉ

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

Por cuanto, el Honorable Congreso Nacional, ha sancionado la siguiente Ley:

EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL,
DECRETA:

CAPITULO IV
GESTION DEL SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

ARTICULO 19. - (MODELO DE GESTION). El Modelo de Gestión en Salud vigente es de carácter descentralizado, de base municipal y participativo, con niveles de responsabilidad en el ámbito nacional y departamental, de acuerdo a las competencias establecidas por Ley. Por esta razón, el SSPAM se incorpora y se adapta a este modelo, en la perspectiva de ampliar y profundizar la descentralización en salud, acorde con las necesidades de desarrollo humano y de mejoramiento de la calidad de vida, en provecho de todos los adultos mayores que habitan el país.

Normativa Legal del Seguro de Salud para el Adulto Mayor SSPAM

12

ARTICULO 20.- (AMBITOS DE GESTION Y ATRIBUCIONES EN EL MARCO DEL SSPAM). En concordancia con el Modelo de Gestión vigente, el Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión:

I. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.

a) Por mandato de la Constitución Política del Estado y la Ley de Organización del Poder Ejecutivo, el Ministerio de Salud y Deportes es el órgano rector-normativo de la gestión de salud, a nivel nacional.

- b) Es responsable de formular políticas, planes y programas inherentes al Seguro de Salud para el Adulto Mayor.
- c) Es responsable de elaborar y dictar las normas que rijan el funcionamiento y aplicación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor a nivel nacional, en consulta con la FAM – Bolivia.
- d) Se crea la Unidad Nacional de Gestión del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, dependiente de la Dirección General de Seguros de Salud, del Ministerio de Salud y Deportes.
- e) La reglamentación, regulación, coordinación y supervisión de la aplicación del SSPAM, estará a cargo de la Unidad Nacional de Gestión del Seguro de Salud para el Adulto Mayor.

II. PREFECTURAS (SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD)

Las Prefecturas de Departamento, complementariamente a los ítemes creados por Crecimiento

Vegetativo, con recursos del TGN a través del Ministerio de Salud y Deportes, podrán financiar

con recursos del IDH, en sujeción a la normativa legal vigente, la creación de ítemes de salud

(médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares en salud), los mismos que serán asignados a sus

Municipios, de acuerdo a datos de rendimiento y producción y que aporten significativamente

a un mejoramiento cualitativo de los servicios de salud municipales. Con este fin, el SEDES

definirá la asignación en función a los requerimientos y la necesidades reales.

- a) El Servicio Departamental de Salud – SEDES, dependiente de las Prefecturas de Departamento, es el nivel de gestión técnica en salud. Articula, en base al principio de unidad de gestión, las políticas nacionales, departamentales y la gestión municipal; coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y constante coordinación con los gobiernos municipales, a través de los DILOS en su nivel gerencial.
- b) Es responsable de cumplir y hacer cumplir las políticas de salud, la Ley N° 3323 y sus disposiciones reglamentarias, referidas al Seguro de Salud para el Adulto Mayor, en su jurisdicción territorial y en el sector público, en el Seguro Social de corto plazo, Iglesias, instituciones privadas con y sin fines de lucro y en la Medicina Tradicional. Su accionar se ejecutará a través de los DILOS.
- c) Efectuar seguimiento de la calidad de atención y evaluar el desempeño del personal de salud que brinda servicios en el SSPAM y apoyar técnicamente a la gestión de los Municipios, para la dotación del suministro oportuno de medicamentos, insumos y reactivos, en el marco del SNUS.

d) A través de los DILOS, emprender campañas de información, difusión y orientación acerca de los alcances y contenidos de la Ley N° 3323 y sus disposiciones reglamentarias.

e) Otorgar asistencia técnica y administrativa a los servidores públicos pertenecientes a todos los gobiernos municipales del departamento.

f) El Responsable del SSPAM, dependiente del SEDES, es el encargado de informar mensualmente a la Unidad Nacional de Gestión del SSPAM, sobre el proceso de afiliación por Municipios, las prestaciones de salud otorgadas, el pago de primas de cotizaciones a los establecimientos de salud localizados en el departamento y sobre el movimiento y gestión de medicamentos, insumos y reactivos.

III. LOS GOBIERNOS MUNICIPALES

a) El Gobierno Municipal, aporta con la visión integral municipal y al cumplimiento de la Ley N° 3323 del SSPAM.

b) El Gobierno Municipal, financiará los gastos operativos y de ejecución del SSPAM y el

DILOS fiscalizará la ejecución en el ámbito de su jurisdicción. Será el responsable del control de las afiliaciones, asegurando que la totalidad de la población de mayores de sesenta (60) años que no cuenten con un Seguro de Salud de su jurisdicción se encuentre afiliada y conozca el contenido y alcances del SSPAM.

c) El Gobierno Municipal, a través de la máxima autoridad ejecutiva, hará efectivo el pago de primas de cotizaciones cuatrimestralmente a favor del establecimiento de salud que corresponda, según convenio suscrito y según el monto asignado de la prima.

IV. ESTABLECIMIENTO DE SALUD

a) Enviar cuatrimestralmente al Gobierno Municipal y al DILOS un reporte de los asegurados

que hayan sido atendidos, para permitir el control respectivo.

b) Elaborar la historia clínica de cada paciente de acuerdo a normas nacionales y mantenerlas

en un archivo actualizado, más un Informe Técnico.

c) Brindar las prestaciones de salud asignadas a cada nivel de atención, a favor de los asegurados, con calidad y en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

d) Anotar las prestaciones otorgadas a los asegurados y elaborar un informe de actividades del SSPAM, enviando una copia al Gobierno Municipal y al DILOS y otra al Gerente de Red.

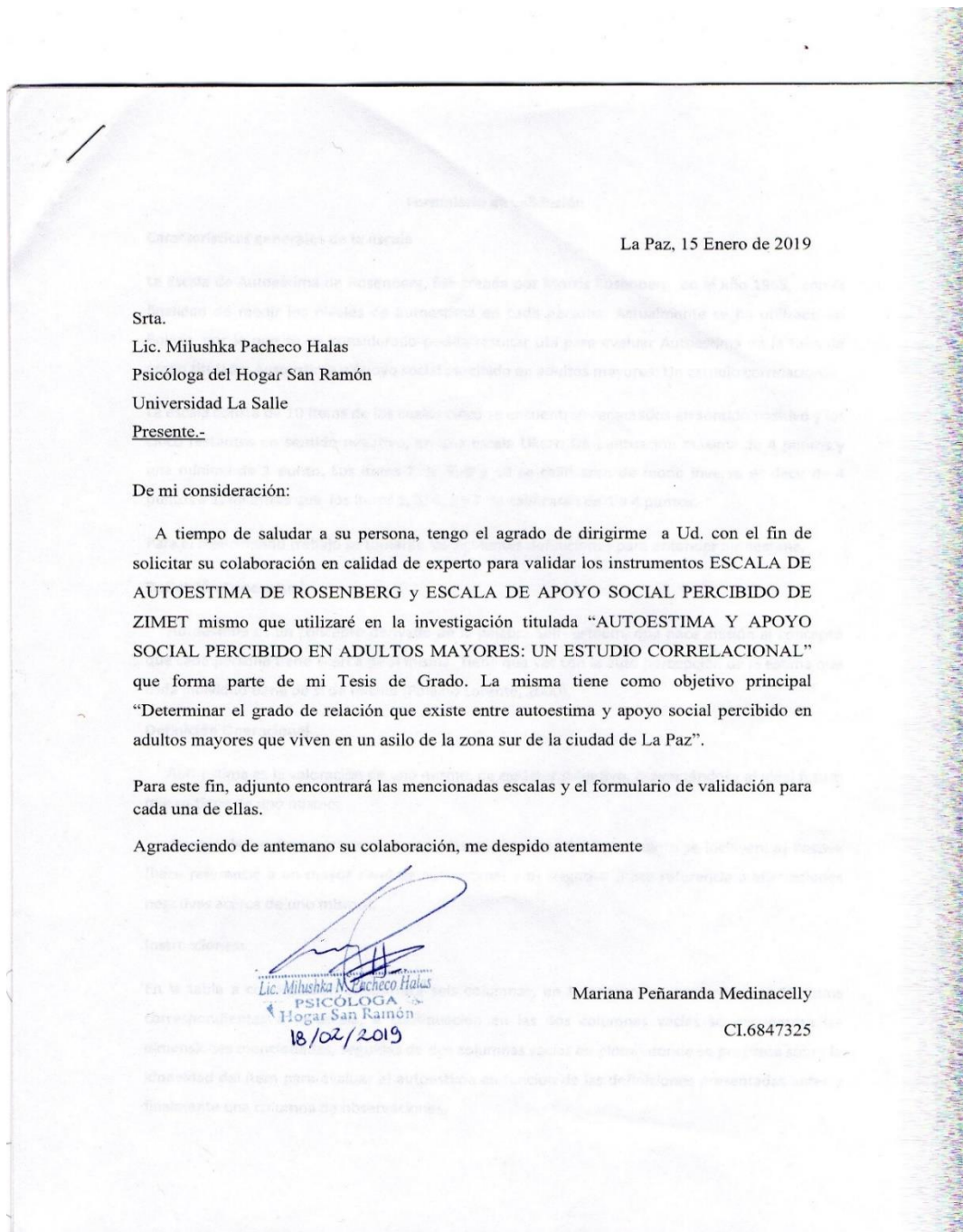
e) Enviar mensualmente al Gobierno Municipal y al DILOS, un Informe sobre el movimiento

y uso de medicamentos, insumos y reactivos.

f) Enviar al Gobierno Municipal, su formulario de solicitud de pago de primas de cotizaciones

por el número de afiliados que corresponda, a la conclusión de cada cuatrimestre según su pertenencia al primer, segundo o tercer nivel de atención, de conformidad al convenio suscrito.

g) Aplicar la referencia y contrarreferencia de los asegurados al SSPAM, según los criterios mencionados en el Capítulo III, de la Red de Servicios.

Anexo 7: Cartas dirigidas a expertos para la validación de instrumentos

Formulario de validación

Características generales de la escala

La Escala de Autoestima de Rosenberg, fue creada por Morris Rosenberg en el año 1965, con la finalidad de medir los niveles de autoestima en cada persona. Actualmente se ha utilizado en Bolivia, por lo que se ha considerado podría resultar útil para evaluar Autoestima en la tesis de grado titulada: Autoestima y Apoyo social percibido en adultos mayores: Un estudio correlacional.

La escala consta de 10 ítems de los cuales cinco se encuentran redactados en sentido positivo y los cinco restantes en sentido negativo, en una escala Likert: De puntuación máxima de 4 puntos y una mínima de 1 punto. Los ítems 2, 5, 8, 9 y 10 se calificaran de modo inverso es decir de 4 puntos a 1, mientras que los ítems 1, 3, 4, 6 y 7 se calificaran de 1 a 4 puntos.

Para el mencionado trabajo se tomarán las siguientes definiciones para entender autoestima.

Definición Conceptual

Autoestima es un concepto derivado de la palabra Self- esteem, que hace alusión al concepto que cada persona tiene acerca de sí misma. Tiene que ver con la auto percepción de la estima que cada individuo tiene de sí de mismo (Polaino Lorente, 2000).

Definición Operacional

Autoestima es la valoración de uno mismo, de carácter subjetivo, proyectándose al ideal futuro que se tiene de uno mismo.

Dentro de las dimensiones contempladas por el autor del instrumento se incluyen: a) Positiva (hace referencia a un mayor nivel de autoestima) y b) Negativa (hace referencia a afirmaciones negativas acerca de uno mismo).

Instrucciones:

En la tabla a continuación encontrará seis columnas, en la primera se presentan los 10 ítems correspondientes a la escala, a continuación en las dos columnas vacías se encuentran las dimensiones mencionadas, seguidas de dos columnas vacías en plomo donde se pregunta sobre la idoneidad del ítem para evaluar el autoestima en función de las definiciones presentadas antes y finalmente una columna de observaciones.

Por favor en las primeras tres columnas, marque con una equis (X) la categoría a la cual usted considera corresponde el ítem. A continuación, en el sector plomo, marque con una equis (X) si considera o no que el ítem es pertinente para evaluar el nivel de autoestima de adultos mayores. Finalmente, en la columna de la derecha, en caso de existir observaciones sobre el ítem, su redacción o comprensión se presenta la columna de observaciones.

¡Muchas gracias!

ÍTEM	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Pertinencia	Observaciones
1. Claro que soy una persona de avanzada					
2. Mis capacidades físicas me permiten hacer lo que quiero					
3. Me siento a menudo cansado/a					
4. Me siento a menudo triste					
5. Me siento a menudo solo/a					
6. Me siento a menudo inseguro/a					
7. Me siento a menudo inseguro/a					
8. Me siento a menudo inseguro/a					
9. Me siento a menudo inseguro/a					
10. Me siento a menudo inseguro/a					
11. Me siento a menudo inseguro/a					
12. Me siento a menudo inseguro/a					
13. Me siento a menudo inseguro/a					
14. Me siento a menudo inseguro/a					
15. Me siento a menudo inseguro/a					
16. Me siento a menudo inseguro/a					
17. Me siento a menudo inseguro/a					
18. Me siento a menudo inseguro/a					
19. Me siento a menudo inseguro/a					
20. Me siento a menudo inseguro/a					

TABLA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

Nº	ITEM	POSITIVO	NEGATIVO	¿Considera usted pertinente la pregunta para evaluar autoestima en personas adultas mayores?		Observaciones
				Si	no	
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	X		X		Ninguna
2	Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.		X	X		Reducción: ¿Con conjuntos? Alguien se confundió, está general.
3	Creo que tengo varias cualidades buenas.	X		X		Ninguna
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	X		X		Ninguna
5	Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.		X	X		Ninguna
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	X		X		Ninguna
7	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	X		X		Ninguna
8	Desearía valorarme más a mí mismo.		X	X		Ninguna
9	A veces me siento verdaderamente inútil.		X	X		Ninguna
10	A veces pienso que no sirvo para nada.		X	X		Ninguna

Preguntas o ítem: 2/5/6/7/8/9

o/uno fracasado/a / orgulloso/a / mismo/misma.

Formulario de validación

Características generales de la escala

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, fue creada por Dahlem, Zimet y Farley en el año 1988 con la finalidad de medir como percibe el apoyo social una persona teniendo en cuenta a los amigos, familia y otras personas. Actualmente se ha utilizado en países como Chile, por lo que se ha considerado podría resultar útil para evaluar el apoyo social en la tesis de grado titulada: Autoestima y Apoyo social percibido en adultos mayores: Un estudio correlacional.

Para el mencionado trabajo se tomarán las siguientes definiciones para entender el apoyo social percibido.

Definición Conceptual

El apoyo social percibido es una construcción conceptual, que hace referencia al grado de apoyo que percibe y recibe una persona por parte de su entorno social. Es de carácter subjetivo y está conformado por múltiples dimensiones de las cuales, las más importantes son la funcional y la estructural (Calvo Francès, Díaz y otros 2004).

Definición Operacional

El apoyo social percibido es, se comprende como una percepción de cuanto apoyo recibe un individuo en su entorno y cuanto apoyo encuentra en el mismo, también dependiente de la subjetividad que tenga cada persona acerca del grado de apoyo que recibe de los demás. Comprende las categorías de familia, amigos y personas significativas en general. Esta establecida en un formato de escala Likert de opciones de 1 como mínimo y 4 como máximo.

Dentro de las dimensiones contempladas por el autor del instrumento se incluyen: a) Familia (hace referencia al grado de apoyo que se percibe y recibe de su entorno familiar), b) Amigos (hace referencia al grado de apoyo que percibe y recibe una persona por parte de sus amistades) y c) Otras personas en General (hacen referencia a el grado de apoyo que percibe y recibe una persona de otras personas del entorno).

Instrucciones:

En la tabla a continuación encontrará seis columnas, en la primera se presentan los 12 ítems correspondientes a la escala, a continuación en las tres columnas vacías se encuentran las

dimensiones mencionadas, seguidas de dos columnas vacías en plomo donde se pregunta sobre la idoneidad del ítem para evaluar el apoyo social percibido en función de las definiciones presentadas antes y finalmente una columna de observaciones.

Por favor en las primeras tres columnas, marque con una equis (X) la categoría a la cual usted considera corresponde el ítem. A continuación, en el sector plomo, marque con una equis (X) si considera o no que el ítem es pertinente para evaluar el grado de apoyo social percibido de adultos mayores. Finalmente, en la columna de la derecha, en caso de existir observaciones sobre el ítem, su redacción o comprensión se presenta la columna de observaciones.

¡Muchas gracias!

N°	ITEM	FAMILIA	AMIGOS	PERSONAS EN GENERAL	¿Considera usted pertinente la pregunta para evaluar apoyo social en personas adultas mayores?		Observaciones
					Si	no	
1	Sé que cuento con ayuda en caso de necesidad.			X	X		
2	Cuando me siento alegre o triste, hay alguien que me puede ayudar.			X	X		
3	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.	X			X		
4	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.	X			X		
5	Hay una persona que me apoya o consuela cuando lo necesito.			X	X		
6	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.		X		X		
7	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.		X		X		
8	Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	X			X		
9	Cuando tengo alegrías o penas, puedo compartirlas con mis amigos.		X		X		
10	Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.			X	X		
11	Mi familia ayuda a tomar decisiones.	X			X		
12	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.		X		X		

La Paz, 14 Febrero de 2019

Señora
 Mag. Elizabeth Salazar
 Coordinadora de la Carrera de Psicología
 Universidad La Salle

Presente.-

De mi consideración:

A tiempo de saludar a su persona, tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitar su colaboración en calidad de experto para validar los instrumentos ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG y ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET mismo que utilizaré en la investigación titulada "AUTOESTIMA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES: UN ESTUDIO CORRELACIONAL" que forma parte de mi Tesis de Grado. La misma tiene como objetivo principal "Determinar el grado de relación que existe entre autoestima y apoyo social percibido en adultos mayores que viven en un asilo de la zona sur de la ciudad de La Paz".

Para este fin, adjunto encontrará las mencionadas escalas y el formulario de validación para cada una de ellas.

Agradeciendo de antemano su colaboración, me despido atentamente

Mariana Peñaranda Medinacelly
 CI.6847325

TABLA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

Nº	ITEM	POSITIVO	NEGATIVO	¿Considera usted pertinente la pregunta para evaluar autoestima en personas adultas mayores?		Observaciones
				Si	no	
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	/		/		
2	Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.		/			
3	Creo que tengo varias cualidades buenas.	/		/		
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	/		/		
5	Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.		/			
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	/		/		
7	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	/		/		
8	Desearía valorarme más a mí mismo.		/			
9	A veces me siento verdaderamente inútil.		/			
10	A veces pienso que no sirvo para nada.		/			

*Respecto a la pregunta de autoestima
exemplar en la forma de respuesta*

N°	ITEM	FAMILIA	AMIGOS	PERSONAS EN GENERAL	¿Considera usted pertinente la pregunta para evaluar apoyo social en personas adultas mayores?		Observaciones
					Si	no	
1	Sé que cuento con ayuda en caso de necesidad.						
2	Cuando me siento alegre o triste, hay alguien que me puede ayudar.						
3	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.	/					
4	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.	/					
5	Hay una persona que me apoya o consuela cuando lo necesito.			/			
6	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.		/	/			
7	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.		/	/			
8	Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	/					
9	Cuando tengo alegrías o penas, puedo compartirlas con mis amigos.		/				
10	Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.			/			
11	Mi familia ayuda a tomar decisiones.		/				
12	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.			/			