

Escuela de Psicología

Influencia de la autoestima en la calidad de vida de los adultos
mayores

Tesis de Grado para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al
Título Profesional de Psicólogo

Profesor Guía: Christian Codecido Geell

Alumno : Georgette Ibar Belmar

Santiago ±Chile, Septiembre de 2016

	INDICE	pág
Índice		1-3
Resumen		4
Capítulo I. Introducción		5
1.1 Justificación		5-8
1.1.1 Testimonio		8
1.2 Planteamiento del problema		8-12
1.3 Pregunta de investigación		12
1.4 Objetivos		12
1.4.1 Objetivo General		12
1.4.2 Objetivos Específicos		12
1.5 Limitaciones del estudio		12-13
Capítulo II. Marco Teórico		14
2.1 La vejez		14-15
2.1.1 Primeros estudios sobre la vejez		15-17
2.1.2 Teorías psicosociales sobre la vejez		17-21
2.1.3 La familia y el adulto mayor		21-22
2.1.4 Teoría sistémica aplicada a la familia		23
2.1.5 Tipos de familia		23-24
2.1.6 Funcionamiento de las familias		24-25
2.1.7 Mitos sobre la vejez		25-26
2.1.8 Tipos de envejecimiento		26-28
2.2 La autoestima		28
2.2.1 Componentes de la autoestima		28-29
2.2.2 Conceptos sobre la autoestima		29-30

2.2.3 La autoestima en adultos mayores	30-31
2.2.4 Tipos de autoestima	31-32
2.3 La calidad de vida	32
2.3.1 Conceptos sobre calidad de vida	33-34
2.3.2 Calidad de vida en la vejez	34-35
2.3.3 Estudios Chilenos sobre calidad de vida en la vejez	35-36
2.3.4 Estudios internacionales sobre la calidad de vida en la vejez	36-37
Capítulo III. Marco Metodológico	38
3.1 Tipo de investigación	38
3.2 Diseño de investigación	38
3.3 Universo, Muestra	38
3.3.1 Universo	38
3.3.2 Muestra	38
3.4 Definición de variables	38
3.4.1 Autoestima	38-39
3.4.2 Calidad de vida	39
3.5 Técnica de recolección de información	39-40
3.6 Técnica de análisis de la investigación	41
3.7 Procedimiento	41
Capítulo IV. Resultados	42
4.1 Caracterización de la muestra	42
4.1.1 Según la edad	42-43
4.1.2 Según Sexo	44

4.1.3 Según estado civil	44
4.1.4 Según escolaridad	45
4.1.5 Según recepción de dinero mensual	45
4.1.6 Según si tiene alguna otra actividad remunerada	46
4.1.7 Según enfermedad crónica	46
4.1.8 Según si vive con su familia	47
4.2 Resultados de los niveles de autoestima y de satisfacción con la vida	47
4.3 Resultados del análisis de la influencia de la autoestima en la satisfacción de vida	48-49
4.4 Resultados entre sexo y autoestima	49
4.5 Resultados entre sexo y satisfacción con la vida	49-50
4.6 Resultados entre vivir en familia y autoestima	50-51
4.7 Resultados entre vivir en familia y satisfacción con la vida	51-52
4.8 Resultados entre escolaridad y autoestima	52
4.9 Resultados entre escolaridad y satisfacción con la vida	52-53
Capítulo V. Conclusión y Discusión	54
Conclusión	54-56
Discusión	56-58
Capítulo VI. Referencias	59
6.1 Referencias	59-65
6.2 Anexos	66-68

RESUMEN

La investigación que se presenta a continuación se focaliza en la relación que podría tener la autoestima de los adultos mayores con su calidad de vida. Se presentan los factores asociados a la autoestima y los factores asociados a la calidad de vida y su posible relación con el bienestar de adultos mayores de la muestra, tomada a 97 adultos mayores de la provincia de Santiago de entre 60 y 87 años de edad.

Se midió la autoestima con la escala de autoestima de Rosenberg, la calidad de vida con el cuestionario de satisfacción de vida SWLS, de Diener y un cuestionario sociodemográfico de ocho preguntas. El tipo de investigación realizada fue un estudio no experimental y correlacional, donde los integrantes de la muestra fueron todos voluntarios, a los que se les entregó un consentimiento informado antes de contestar los cuestionarios.

El resultado de esta investigación no arrojó una relación entre autoestima y calidad de vida, sin embargo se encontró una alta puntuación en la autoestima y en la satisfacción con la vida de los adultos mayores de esta muestra.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

El propósito de la presente investigación es identificar la influencia que pueda tener la autoestima de los adultos mayores en su calidad de vida, por lo que un proceso investigativo que busque comprender el concepto de calidad de vida de una población, específicamente del adulto mayor, hace que se generen referentes epistémicos y conceptuales significativos para sugerir políticas sociales y públicas de atención para este grupo etario. La información obtenida nos entregará un conocimiento más acabado sobre la influencia que puede tener la autoestima en la calidad de vida de los mayores, lo cual puede ser significativo para enfrentar con éxito el envejecimiento y realizar los cambios necesarios para llegar a tener una buena calidad de vida en la vejez (Castellanos, 2002).

En nuestro país, es interesante destacar que existen grandes diferencias en la manera en que enfrentan el envejecimiento los hombres y las mujeres. Forttes y Massad (2009) (citado en Barrientos, Fiedler & Godoy, 2011), dan a conocer que todavía es común que sea la mujer la que lleva por sí sola las tareas del hogar. Luego que el hombre llega a su jubilación, éste dispone de todo su tiempo libre, no así la mujer, que continua con la tarea del cuidado familiar ya sea de los padres, los hijos o los nietos, sin ayuda ni posibilidad de cambiar de labor, lo que se conoce como el “síndrome de la abuela esclava”. Esta situación reduce el espacio que podría destinar a la participación social y a su propio esparcimiento (Barrientos, 2011). Esta investigación puede dar a conocer los cambios que los adultos mayores podrían realizar para enfrentar con éxito el envejecimiento y tener una mejor calidad de vida.

Las políticas sociales consignadas en el Plan Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, del año 1982, de las Naciones Unidas, estuvieron encaminadas a garantizar la seguridad económica y social de los adultos mayores así como oportunidades para que pudieran contribuir al desarrollo de sus países.

Sin embargo, tomando en cuenta que la formulación y la ejecución de políticas relativas al envejecimiento son un derecho soberano y una responsabilidad de cada estado, no

siempre se aplican a cabalidad y se ha visto que tienen poco impacto en este grupo poblacional (Castellanos, 2002).

La cultura occidental cataloga a la vejez como triste, achacosa y enferma. Esa percepción de la realidad, socialmente construida desde la infancia, es asumida por las personas como algo verdadero, con todos los valores y actitudes negativas que se le atribuyen a la vejez de modo que cuando llegan a ella, se ven en la necesidad de adaptarse a esa idea que ha construido la sociedad y esto les dificulta la posibilidad de ser un adulto mayor diferente, proceder de otra manera, porque deben seguir actuando según lo que se espera de ellos. Esta visión de envejecimiento corresponde a la visión biomédica tradicional del desarrollo humano, que estudia y enfatiza las disfunciones observadas en el ser que envejece y plantea que con la edad aparecen también más enfermedades crónicas (Álvarez, 1998).

Sin embargo, una visión más positiva y reciente del envejecimiento humano dice que, en paralelo al deterioro natural y benigno del adulto mayor, existe una evolución y desarrollo de algunos aspectos que se mantienen a pesar del decrecimiento, lo que ha llevado a hablar de un envejecimiento exitoso, saludable, funcional, satisfactorio, siendo entendido un buen envejecimiento como la aceptación del cambio, el sentido del humor y el disfrutar de la vida, no importa cuál sea la edad cronológica (Álvarez, 1998).

Con el devenir de los años la pirámide demográfica se ha ido invirtiendo, notándose que la población adulta mayor, como nunca antes, manifiesta un creciente aumento, lo que da como resultado la necesidad de crear políticas públicas acorde a esta realidad que está sucediendo en los tiempos actuales y no sólo en nuestro país. El Dr. Juan Molina (2011), fundador de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, en su artículo acerca del envejecimiento activo, desde la mirada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dice que: “los países podrán enfrentar el envejecimiento de sus habitantes, en la medida en que se promulguen políticas públicas y programas de envejecimiento activo destinados a mejorar la participación, la seguridad y la salud de los ciudadanos de mayor edad.” (Rojas, 2013).

Las personas mayores no tienen en este momento un lugar en la sociedad. Deberán ellos hacerse notar como grupo, dando a conocer que continúan siendo personas capaces de aportar al bien común y de esta manera cambiar el estereotipo de la cultura que los

cataloga en forma negativa, así podrán mejorar la percepción que se tiene de ellos y podrán apoyar a los que van llegando a esta etapa. Es así como en España, pensando en lo que significa llegar a adulto mayor, las grandes empresas, la administración pública, los servicios sociales, las universidades, realizan cursos de preparación para la jubilación, los que tienen como objetivo que las personas adultas vayan adaptándose paulatinamente desde sus trabajos, al cambio que significará, pasar de ser una persona laboralmente activa, a ser una persona pasiva, laboralmente inactiva y al cambio de estatus social que ello significa (Bueno y Buz, 2006 en Barrientos et al. 2001).

Para ello realizan cursos, con cuatro o cinco años de anticipación a la jubilación, en que los trabajadores van incorporando otras actividades de interés en su vida diaria, además de la laboral. La Universidad de Salamanca ha implementado el programa “Pensando en el Futuro” el que, además de incluir actividades de ocio para sus trabajadores, va incorporando temas importantes, como el concepto de envejecimiento, el de pasar a ser laboralmente un pensionado, el cambio de los roles que eso conlleva, la adaptación necesaria, los estilos de vida saludables, entre otros varios temas. Tales programas cuentan con especialistas en la materia, como psicólogos, médicos, economistas y abogados (Bueno y Buz, 2006 en Barrientos et al. 2001).

Un informe realizado en el año 2015, por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, ambos de Madrid, España, da a conocer una serie de propuestas realizadas por personas mayores, tendientes a que los medios de comunicación difundieran una imagen de las personas mayores menos negativa y más acorde a la realidad actual, con ejemplos tales como:

- Mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida, rescatando los valores que encarnan las personas mayores como la serenidad, la experiencia, el respeto, la independencia.
- Incluir a los adultos mayores como parte de la población general en plano de igualdad con los demás colectivos, en todo tipo de información, no dejándolos de lado a causa de su edad.
- Evitar el lenguaje paternalista, discriminatorio y peyorativo, ya que contribuye a reforzar los estereotipos sociales sobre los mayores. Propiciar desde los medios,

el tratamiento de los diferentes temas con una perspectiva inter generacional donde sean incluidos los mayores.

- Dar voz a los mayores como personas independientes y dueños de sus propias vidas. Acabar con la invisibilidad, recurriendo a ellos como fuente informativa (Instituto de Mayores, 2015).

1.1.1 Testimonio

El siguiente testimonio ilustra la capacidad que tienen los adultos mayores para aportar a la sociedad hasta edades avanzadas, integrando grupos sociales, culturales, de voluntariado y otros.

“Por algunas experiencias que pretendo exponer, quiero demostrar que la vejez que vivimos en la actualidad, producto de los cambios en los hábitos de vida observados desde principios de este siglo XXI, nos da la esperanza de ser vistos como personas cada vez más integradas a la sociedad, con nuestras capacidades para servir, no sólo en nuestro círculo familiar, sino también en los grupos que integramos, donde tratamos de sumarnos a la era de los cambios que día a día nos abisman y que si no los asumimos, nos aislarán al rincón de la dependencia más dolorosa y al aislamiento, que merma nuestro deseo de vivir, alegre y fraterno (...) algunos socios de nuestra agrupación somos octogenarios y pudiera creerse que nos gusta ser considerados como los clásicos abuelitos, ¡No! Mientras seamos autovalentes y capaces de tomar nuestras propias decisiones, pedimos un trato digno, que no sólo se nos oiga, sino que también se nos escuche. Vivo esta etapa no en solitario, sino más bien como integrante de grupos sociales, de servicio, culturales, de recreación, para sentirme realizada como persona, con todas mis potencialidades, aún a los 85 años...” (Carlina Pedreros Aguayo, Agrupación de Profesores Jubilados de Maullín, en la provincia de Llanquihue, décima región de Los Lagos, Chile).

1.2 Planteamiento del problema

El aumento sostenido de la población de adultos mayores en Chile plantea problemas y condiciones inéditas para el país. De acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, con una población de 16.928.873 millones de habitantes (censo, 2012), se encuentra en un importante, irreversible y silencioso proceso de cambio en su

estructura demográfica. El país envejece aceleradamente, destacándose en tal sentido dentro de la región latinoamericana y a nivel mundial. Las cifras son elocuentes: la tasa global de fecundidad ha disminuido a 1.8 hijos por mujer, quedando por debajo del nivel de reemplazo, que es de 2,1 hijos por mujer (U de Chile, 2009).

El último estudio de la Organización Mundial de la Salud, del año 2016 y la Estadística Mundial sobre Salud, indican que Chile tiene una esperanza de vida de 80,3 años, (83 años para las mujeres y 77,6 años en los hombres) ubicándose en el segundo lugar del continente americano, después de Canadá y en el lugar número veintinueve de las poblaciones más longevas a nivel mundial, de entre 194 países (El Mercurio, 2016).

Según la encuesta Casen, del Ministerio del Desarrollo Social del Gobierno de Chile (2013), el porcentaje de adultos mayores en Chile es el 16,7 % de la población, de los cuales el 57% son mujeres y el 42%, hombres, lo que representa una población total de 2.827.121 adultos mayores, siendo la población mundial de 600 millones de adultos mayores. Se espera que para el año 2025 el porcentaje de adultos mayores en Chile llegue al 20%, superando en porcentaje a los menores de 15 años.

Según los cálculos de las Naciones Unidas, la proyección demográfica mundial para el año 2025, será de 1.100 millones de adultos mayores a nivel global. Cada vez hay más personas que superan la barrera de los cien años. El envejecimiento de la población mundial ha tenido un dinámico incremento en todos los países del mundo. Los avances en la salud pública, los avances sanitarios, la mejor alimentación en la población en general, ha aumentado la longevidad a tasas sin precedentes (Buendía 1997).

Hasta hace poco más que unos cientos de años, un adulto mayor era casi un milagro en una sociedad de jóvenes; hoy por el contrario, la vejez ya no es un estado excepcional sino el término normal de la vida de las personas y de una gran parte de la población. En Europa, hace algunos años, se calificaba de "viejo" a los que cumplían cuarenta años. Cuarenta años era la meta que se proponían personas como Jean Jacques Rousseau para retirarse y morir. Fiodor Dostoiveski pensaba que era vulgar vivir más de cuarenta años, mientras que Johan Goethe y William Shakespeare por su parte, consideraban inmoral amar o cantar después de los treinta años (Buendía, 1997). El término vejez ha tenido distintas connotaciones dependiendo de cada época o cultura. El progreso ha sido enorme: mientras que en 1797 un hombre era ya mayor a los cuarenta años, en 1900 la

vejez comenzaba a los cincuenta años y en 1996 se puede decir que la vejez no empieza antes de los 75 años (Buendía, 1997).

La tercera edad, según el criterio de las Naciones Unidas y asumido por el gobierno de Chile son las personas de sesenta años o más. En nuestro país se ha promovido la utilización del término adulto mayor en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelito, senescente, por considerar que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez. (Senama, 2009) La Organización Panamericana de la Salud define al adulto mayor como: “aquél capaz de enfrentar el proceso de cambios en la vejez con un adecuado nivel de adaptabilidad y satisfacción personal.”

Según Marín (2002) las conquistas de la ciencia y los correspondientes progresos de la medicina han contribuido en forma decisiva en los últimos decenios, a prolongar la duración media de la vida humana. Las personas mayores, al tener que retirarse de su actividad laboral, salen de los circuitos productivos disponiendo aún de capacidad y recursos para continuar aportando a la sociedad con trabajo. A este grupo abundante de “ancianos jóvenes” como definen los demógrafos, según las nuevas categorías de la vejez a las personas de 60 a 75 años, se agrega el de los “ancianos más ancianos” los que superan los 75 años, cuyas filas están destinadas a seguir aumentando, aún más que los del grupo anterior.

Cabe destacar que fue William Shakespeare quien ordenó el curso de la vida humana en siete etapas. En su obra “As you like it”, (Como usted guste), escrita alrededor del año 1600, describe siete etapas de la vida de una persona: desde los días desamparados de la infancia, a la adolescencia, la juventud, la mediana edad, el envejecimiento y la muerte. (Barros, Burmester, Camus, Deves, Falsenhardt, Forttes, Lange, Marin, Stehr, Zegers, 1990).

La prolongación de la vida media por un lado y la disminución de la natalidad a veces dramática por otro, han producido un cambio demográfico mundial sin precedentes, en el que la pirámide de las edades está completamente invertida respecto a cómo se presentaba hace no más de 50 años, creciendo constantemente el número de adultos mayores y disminuyendo constantemente el número de jóvenes. Este fenómeno que

comenzó en el hemisferio norte en los años sesenta, llega ahora también a las naciones del hemisferio sur, donde el proceso de envejecimiento es aún más rápido (Marín, 2002).

La sociedad actual debería valorar el envejecimiento como un logro que genera oportunidades para ser aprovechadas tanto por los mayores, como por toda la sociedad y verlo como un desafío que tenga como propósito mejorar la calidad de vida de las personas mayores, para que estos años sean vividos de manera digna y en pleno bienestar. La calidad de vida que se pueda lograr en la vejez es un tema trascendental, que afecta, no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias, a su entorno y a toda la sociedad en general (Rojas, 2013).

Sin embargo, Larrea (2014), indica que la vejez es la etapa del desarrollo con el mayor número de pérdidas a nivel individual. La vida inicia un declive de funciones biológicas y cambios psicosociales que pueden producir, en algunas personas mayores, depresión, ansiedad, baja autoestima, soledad, aislamiento e incluso suicidio a no ser que se cuente con armas más espirituales que permitan afrontar el envejecimiento y aceptar tanto la vida como la muerte. Este envejecimiento y el gran aumento de la esperanza de vida pueden acarrear también pérdidas del tipo:

- Funcional, que enfrentan a las personas a discapacidades y deterioros que le impidan llevar una vida independiente y autónoma.
- Psicosocial, que produce un cambio drástico en los roles, entre ellos el laboral, con deterioro en la seguridad económica, el aislamiento social, el escaso acceso a servicios sociales y de salud.
- Social, por la constante lucha de la sociedad por la vida anti envejecimiento que merma la autoestima y la autoaceptación.

Esta autoestima, sobretodo en esta etapa de la vida, significa para el adulto mayor sentirse querido, aceptado, recibido, perteneciente a algo. Es saberse capaz, digno, útil, por lo que no puede haber autoestima si el individuo percibe que prescindan de él, que lo dejen de lado por no considerarlo ya útil y que ha sido alejado de sus relaciones laborales y de los roles que lo definían socialmente. Un nivel de autoestima adecuado es garantía de que podrá hacer frente con dignidad a éstas y otras importantes contrariedades de la

vida y no decaerá su ánimo fácilmente, logrando con ello, una buena calidad de vida (Villavicencio y Rivero, 2011).

Por todo lo anteriormente señalado se hace pertinente la siguiente pregunta:

¿Influye la autoestima en la calidad de vida de los adultos mayores de la provincia de Santiago?

1.3 Pregunta de investigación

¿Influye la autoestima en la calidad de vida de los adultos mayores?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Conocer si la autoestima influye en la calidad de vida de los adultos mayores

1.4.2 Objetivos Específicos

- Establecer los niveles de autoestima y de calidad de vida en los adultos mayores
- Analizar los resultados de la influencia de la autoestima en la calidad de vida
- Relacionar el sexo con la autoestima de los adultos mayores
- Relacionar el sexo con la calidad de vida de los adultos mayores
- Relacionar el vivir solos con la calidad de vida de los adultos mayores
- Relacionar el vivir solos con la autoestima de los adultos mayores.
- Relacionar escolaridad con autoestima de los adultos mayores
- Relacionar escolaridad con calidad de vida de los adultos mayores

1.5 Limitaciones del estudio

La presente investigación se enfocará en adultos mayores de ambos sexos, no institucionalizados, de la provincia de Santiago, los cuales serán encuestados en forma aleatoria en sus hogares, en sus lugares de esparcimiento y en las calles de diferentes barrios de Santiago.

Aunque la muestra será lo más heterogénea posible, no podrá ser representativa porque en la provincia de Santiago, según el censo del año 2012, en sus 32 comunas hay 4.728.443 personas. Dado que el porcentaje de adultos mayores en el país es del 16,7%, el universo de adultos mayores en la provincia de Santiago es de 789.642 y para realizar esta investigación se contará con una muestra de estudio de solamente 97 adultos mayores, habitantes de la provincia de Santiago, a quienes se les pedirá ser entrevistados y así formar parte de esta investigación en forma voluntaria.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se analizarán los temas relevantes de esta investigación como son, la vejez, algunas teorías relacionadas, mitos y estereotipos, la relación entre la familia y el adulto mayor, autoestima, tipos de autoestima, la calidad de vida y la satisfacción con la vida y estudios chilenos y extranjeros relacionados con el tema.

2.1 La vejez

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Este envejecimiento es heterogéneo e individual: la declinación funcional varía enormemente de una persona a otra, llevando a una progresiva pérdida de función, lo cual no se debe a factores ambientales modificables. En la medida en que se ha tratado de prevenir y tratar mejor las enfermedades, la sobrevivencia ha aumentado significativamente y se observa a una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud y con sus facultades mentales en buen estado (Marín, 2002).

Siendo la vida humana un fenómeno tan complejo, Marín (2002) plantea que no existe una teoría del envejecimiento que pueda explicarlo todo. Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores intrínsecos y extrínsecos que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente un debilitamiento en la homeostasis, lo que culmina con la muerte y dice que lo que realmente importa es la funcionalidad de la persona y no la edad cronológica, ya que es esta funcionalidad la que va a indicar su capacidad de autovalencia para las actividades del diario vivir.

Santiesteban, Pérez y García (2008), indican que la vejez no es una enfermedad, es un estado de lento desgaste, de graduales cambios degenerativos pero no una enfermedad, por lo que no tiene que venir acompañada de dolores ni de angustias. Existen enfermedades propias de la vejez, así como hay enfermedades propias de la infancia, lo cual no significa que la infancia sea una enfermedad, como tampoco lo es la vejez.

La vejez y el envejecimiento son fenómenos complejos y multidimensionales que tienen consecuencia, tanto para las personas mayores como para la sociedad. Explica Forttes (2009) (Citado en Barrientos et al, 2011), que estos dos términos no son sinónimos, el

envejecimiento es el proceso que se inicia desde el nacimiento y culmina con la muerte. Significa cambios biológicos, fisiológicos y psicosociales, es el ciclo vital de cada persona y estos cambios los determinan los diferentes contextos donde se ha vivido, las diferentes maneras de afrontarlos, las respuestas adaptativas y finalmente, los resultados logrados. La vejez, en cambio, es la etapa que está al final del ciclo de vida, se mide de manera cronológica y está en función del tiempo transcurrido; no es igual para todos, varía entre las diferentes personas. La vejez presenta múltiples cambios: el retiro laboral, las relaciones sociales, la pérdida de vínculos, lo que a la larga puede ir debilitando las redes sociales del adulto mayor.

Sin embargo, para muchas personas, la vejez constituye un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Como nos indica Zuleta (2008), en esta etapa del término de la vida, las personas realizan un resumen de todas las experiencias vividas hasta el momento y se felicitan por todo lo logrado, aun reconociendo fracasos y errores. En este período se alegran de los logros personales y se contemplan los frutos del trabajo realizado, los cuales pueden ser útiles para las generaciones venideras. Es una aceptación del hecho de que la persona ha sido el artífice de su propia vida.

2.1.1 Primeros estudios sobre la vejez

Los primeros conocimientos sobre la evolución, que ha tenido con el correr de los años el tratamiento hacia las personas mayores, han venido desde antiguo, a través de literatos, filósofos y científicos. Según Carbajo, (2008) los relatos del Antiguo Testamento de la Biblia, muestran que se tenía en gran estima a las personas mayores, quienes eran destacados por su dignidad y sabiduría y por eso eran los que tenían los cargos más elevados dentro de la sociedad religiosa. Así, las personas mayores eran un ejemplo, un modelo y también una guía y una enseñanza. La cultura griega ofrece grandes cambios en la percepción de la vejez, a través del tiempo. La imagen que dejó Platón, (427 – 347 AC) filósofo griego, hacia los adultos mayores, es de máximo respeto. Elogia a la vejez como la etapa en que el hombre alcanza la mayor prudencia, sagacidad, discreción y juicio. Resalta las situaciones personales del envejecimiento, considerando que las vivencias al final de la vida, están determinadas por la forma en que se ha vivido durante la juventud y adultez, explicando también, cómo ha de prepararse la persona para la vejez.

Por el contrario, Aristóteles, (384 – 322 AC) filósofo griego, presenta una imagen negativa del adulto mayor. Destaca el afán de disputa que observa en ellos, e interpreta la compasión como una debilidad de carácter. Describe a las personas mayores como desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas. Esta última etapa, equivale al deterioro y la ruina, digna de compasión e inútil socialmente.

Cicerón, (106 – 43 AC) orador y cónsul romano, presenta sin embargo una imagen positiva de la vejez. Describe la modificación que experimenta la capacidad de su rendimiento mental y lo ilustra con ejemplos individuales, destacando grandes hechos políticos, científicos y artísticos realizados por personas mayores de ochenta años. Destaca que se les debe respeto y veneración. Para Cicerón, al aumento de todas las cualidades que adornan la vejez, han de haber sido ejercitadas durante toda la vida, de modo que la vejez es solo la continuidad en la acción.

Horacio, (65 - 8 AC) poeta romano, nos muestra una imagen fatalista de la vejez y considera que no es ni una etapa dorada de la vida ni el momento culminante de felicidad personal. Considera que la muerte es inevitable y no deben resignarse a ella, hay que gozar de la vida en la vejez, según las posibilidades de la edad.

Durante la Edad Media, destaca la visión cristiana de San Agustín, (354 – 430) que dignifica a la persona mayor, ya que de ella se espera un equilibrio emocional y la liberación de las ataduras de los deleites mundanos.

Pero Santo Tomás de Aquino (1224 - 1274) adhiere a la visión aristotélica de vejez decadente y deteriorada, tanto física como moralmente donde, según él, las personas mayores tienen un interés únicamente personal.

La época renacentista rechaza la vejez y evade el tema de la muerte. Se da una imagen de tristeza a esta etapa y se le atribuyen hechicerías, artimañas y enredos, sin embargo luego, en el barroco adquiere mucha actualidad el tema del control de los vicios y las pasiones y el perfeccionamiento constante durante la vida y la vejez, y se habla del problema de la muerte.

Fueron muchos los pensadores que en tiempos pasados se ocuparon del proceso de envejecimiento, destacándose Schopenhauer, (1788-1860), Humboldt, (1769 - 1859),

Shakespeare, (1564-1616) quienes, aunque consideraban a la vejez como una época difícil, también la catalogaban como una etapa de la vida con aspectos agradables .

Ya en el siglo XIX, Adolphe Quetelet (1796-1874), matemático belga, manifiesta la importancia que tiene establecer los principios que rigen el proceso por el que el ser humano nace, crece y muere. Se opuso a que se generalizaran las comprobaciones en forma aislada sobre envejecimiento y fomentó la realización de investigaciones científicas rigurosas, destacando la relación entre las influencias biológicas y sociales en el envejecimiento. Hacia fines del siglo XIX, se dejaban de lado los métodos descriptivos, basados en la intuición y se apoyaban los estudios con unidades de medida, datos cuantitativos y cálculos estadísticos.

2.1.2 Teorías psicosociales sobre la vejez

- Teoría de la Actividad: de Robert Havighurst (1949)

Es la más antigua y se fundamenta en la importancia que en aquella época se daba a los roles del individuo, como la articulación principal entre lo psicológico y lo social. Sostiene que el envejecimiento satisfactorio implica actividad física, social y laboral y que mientras más activas se mantengan las personas mayores, más satisfactoriamente envejecerán. Este modelo sociológico afirma que solamente el individuo activo puede estar satisfecho y ser feliz (Oddone, 2013).

La teoría de la actividad no toma en cuenta a los sujetos envejecidos, ni a los económicamente más débiles. Es una teoría para los denominados “viejos jóvenes” y desde esta mirada, contempla más la etapa post retiro que el envejecimiento propiamente tal. Un aspecto relevante a considerar es que no es la actividad social per se la responsable de la satisfacción vital, sino el sentido que el sujeto logra encontrar o darle a la actividad que eligió, así su satisfacción se ve incrementada. No es entonces la cantidad de contactos o actividades lo que debe ser considerada, sino su calidad en relación al sentido que esa actividad posee para el sujeto (Oddone, 2003).

- Teoría de la Desvinculación de Cumming y Henry (1951)

Está basada en que las personas, según estos autores, al llegar a un determinado momento de su vida y a medida que sus capacidades cambian, modifican sus preferencias y paulatinamente eligen retirarse de los roles sociales y reducir sus compromisos con los demás. Al mismo tiempo, la sociedad gradualmente se aparta de los mayores y entrega a los jóvenes los roles y responsabilidades que una vez desempeñaron los mayores. De acuerdo a esta teoría, los individuos que se resisten a la retirada e intentan mantener los niveles y pautas de actividad previos, son considerados como desadaptados y que no han envejecido con éxito (U. Autónoma de Madrid, 2005).

- Teoría de los Roles: de Inwin Rosow (1967)

Plantea que a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando roles que debe asumir y así va adquiriendo una posición social que conforma su autoimagen personal. Estos roles van cambiando durante su vida y debe ir asumiendo los roles que corresponden a su edad, según le asigna la sociedad. Con la jubilación, que generalmente coincide con la marcha de los hijos del hogar paterno, se va generando un proceso de “desaparición del anciano.” Deberán asimilar la desposesión de roles, pasando a ocupar uno de inactividad, pasividad y de irrelevancia social. Según este modelo, se produciría mayor satisfacción en la vejez cuanto más adaptado esté el individuo a este cambio de roles, a esta vida asignada sin roles (Merchán y Cifuentes, 2008).

- Teoría de la Continuidad: de Robert Atchley (1972)

Se plantea que la vejez es una prolongación de las etapas evolutivas y que el comportamiento en esta etapa estaría condicionado a las habilidades desarrolladas. La adaptación estaría determinada, entre otros factores, por sus hábitos, estilo de vida, manera de ser y manera de comportarse que ha tenido durante toda su existencia. Esta teoría concibe al individuo en constante desarrollo, la jubilación no significa necesariamente el cese del crecimiento humano y social. El mantenimiento de actividades desarrolladas y la adquisición de otras nuevas, se convierten en una garantía para tener una vejez exitosa (Merchán y Cifuentes, 2008).

- Teoría de Eric Erikson

Entre los años 1950 y 1985 Erikson describió dentro del desarrollo de todo ser humano, ocho estadios que abarcan desde el nacimiento hasta la muerte. En cada estadio el individuo deberá ganar una situación evolutiva concreta que le permitirá tener satisfacción y definición en su identidad personal. Cada etapa implica una crisis de personalidad, una virtud específica y la definición de un rasgo positivo y otro negativo que deberán prevalecer y cuyo equilibrio y armonía superará la crisis. La octava etapa, que corresponde a la vejez, enfrenta la integridad del yo frente a la desesperación. Las virtudes propias son la sabiduría, la renuncia y la prudencia. Para poder superar la crisis, el yo deberá ser completado, integrado y sin dejarse abatir por la cercanía de la muerte. Durante esta etapa se examina la vida y se ordena necesariamente para prepararse a morir. Si lo vivido revela sentido se logrará una integración satisfactoria, la vida estará completa. Por el contrario, si no ha sido así, será fácil entrar en la desesperación por la disminución de oportunidades y de tiempo para enmendar los errores. La sabiduría, al final de la vida permitirá asumir lo realizado o vivido, sin pensar en lo que “pudo haber sido” y asumir los errores, no sólo propios sino también de las personas que formaron parte de su vida y admitir la muerte como final digno y propio.

- Teoría de Robert Peck

Realiza, en 1955, una revisión de la teoría de Erikson y establece que las crisis en cada estadio pueden quedar no resueltas y abrirse en etapas posteriores. Propone que el desarrollo no va de la mano de la edad cronológica y que las situaciones a las que la persona se encuentre expuesta serán las que se sometan a la conducta. Peck define siete tareas primordiales para la crisis del adulto mayor:

- Aprecio por la sabiduría, frente a las facultades físicas: brindar atención a los asuntos mentales más que a lo físico y utilizar la experiencia ante las situaciones de la vida.
- Socialización frente a la sexualización: atender a las personas por su individualidad y racionalidad. Admitir en el otro sexo amistad y comprensión para que ambos puedan superar la competencia.

- Flexibilidad afectiva frente a empobrecimiento afectivo: en la tercera edad aparecen situaciones afectivas y suelen afectarse los intereses por ciertas relaciones. Con madurez se lograrán superar estas situaciones y conservar las relaciones significativas.
 - Flexibilidad mental frente a rigidez mental: utilizar las convicciones como rutas recurrentes y no como definitivas. Abrirse a nuevos conceptos y aceptar la posibilidad de que existan más verdades que la propia absoluta.
 - Diferenciación del ego frente a la inquietud por el rol laboral: al llegar la jubilación, el encasillamiento de la sociedad produce dudas de aceptación en el adulto mayor. Es importante descubrir otros intereses personales con mayor valor que el quehacer profesional.
 - Trascendencia corporal frente a la preocupación del cuerpo: los cambios físicos y estéticos de la tercera edad pueden producir sentimientos negativos; sin embargo, si se asumen sin ansiedad, se desarrolla la aptitud para encontrar otras virtudes y gozos, como el cultivo de la mente y de las relaciones, dejando en segundo plano la preocupación por el cuerpo físico.
 - Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego: requiere no abatirse por la idea de la muerte, lo que implica trascender la inquietud por sí mismo, por la propia vida y adaptarse a la idea de que algún día se ha de morir (Izquierdo y Martínez, 2005).
- Teoría de la jerarquía de necesidades

Esta teoría propuesta por Abraham Maslow en 1954, establece que el ser humano, en cada etapa de la vida, debe cubrir ciertas necesidades de forma sucesiva, ordenada y jerarquizada con el fin de mejorar su desarrollo personal y llegar a la autorrealización. El autor nos indica que las necesidades propuestas, al estar satisfechas, o en parte satisfechas, ya no motivan, por lo que la persona deseará ir escalando la pirámide hacia la siguiente necesidad para ir de este modo, consiguiendo sus metas. Estas son:

- Necesidades fisiológicas: comer, respirar, excretar.
- Necesidad de seguridad personal: protección de daños físicos y emocionales.
- Necesidad de pertenencia y amor: deseo de aceptación, de amistad.
- Necesidad de autoestima y respeto: deseo de autonomía, de reconocimiento.

- Necesidad de autorrealización: impulso de ser lo que se es capaz de ser.

Ésta es la parte alta de la pirámide, lo que corresponde al final de la vida.

- Teoría de David Levinson y sus colaboradores de Yale

Señalaron que hay un sistema de relación entre el sujeto y el entorno llamado “estructura de la vida” la cual está compuesta de elementos internos, como sueños, aspiraciones, ideas, valores, emociones, que nos permiten actuar de determinada forma y de elementos externos, como personas, lugares, cosas. Las diferentes etapas de la vida cursan con cambios que generan estrés y el sujeto debe buscar reformarlas y adaptarlas a su condición actual. En la adultez tardía, a partir de los 60 años, se realiza una revisión de la vida y a partir de los 80 años, ya se puede contar con un desarrollo psicosocial propio, una perspectiva satisfactoria de la vida donde el sujeto está satisfecho con sus logros, con todo lo que ha llegado a ser (Izquierdo, 2005).

Luego de realizar esta revisión, es posible decir que ninguna teoría por sí sola tiene cuerpo conceptual suficiente para explicar la multicausalidad del envejecimiento y cuáles son las condiciones para tener una vejez satisfactoria en todas las personas. De la misma manera tampoco deben descartarse ninguna de las teorías, porque representará una forma de envejecer para alguna de las personas. Por consiguiente, el proceso de envejecimiento debe ser pensado desde la individualidad, por lo que puede afirmarse que cada persona envejece y muere como ha vivido (Merchán y Cifuentes, 2005).

2.1.3 La familia y el adulto mayor

El principal sistema social del adulto mayor y el mayor apoyo que recibe viene de la familia, la cual es una unidad social sujeta a presiones desde el entorno cultural, económico y político de un momento dado. Aunque no hay consenso sobre una definición universal de la familia, la definición más aceptada del concepto de familia es la de ser un grupo de personas relacionadas por los lazos de parentesco consanguíneos, de matrimonio o de adopción, los cuales pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas. La familia puede brindar apoyo afectivo, económico, funcional, material, social y asistencia en diversas formas (Zavala et al. 2010).

Dentro de la familia existe una red de relaciones e intercambios, en la cual están todos sus miembros involucrados y es la llamada identidad familiar. Hasta mediados del siglo XX, las familias eran más extensas que las de hoy, tenían mayor número de miembros y la expectativa de vida era menor, por lo que los adultos mayores compartían con los jóvenes de la familia y éstos a su vez, se nutrían de la transmisión de experiencias, valores y enseñanzas entregadas por sus mayores, las que eran verdaderas lecciones de vida. Sin embargo, los grandes cambios que se han producido en la estructura de la familia actual, pasando de familia extendida a familia nuclear, han producido una modificación en la naturaleza de los lazos familiares, especialmente el que se mantenía con el adulto mayor (Cifuentes, 2005).

La estructura de las familias en la actualidad conduce al aislamiento de sus miembros, sobre todo a los de más edad, ya que cuando los hijos se han ido y han formado sus propias familias y los padres comienzan a envejecer, deberán vivir solos, porque generalmente, los demás integrantes de la familia, viven en domicilios diferentes, a menudo distantes, e incluso fuera del país de origen, lo que provoca un cierto desarraigo familiar. La falta de espacio en la casa de los hijos o la falta de medios impiden a veces hacerse cargo de los padres cuando éstos lo necesitan e incluso, si los han acogido, provocan en muchas ocasiones, un sentimiento de pérdida de libertad, una coacción, una interferencia en la intimidad familiar del hijo. Esta situación puede provocar en el adulto mayor, una crisis de pertenencia, ya que siente que no es valorado, que es desplazado del lugar importante que tuvo anteriormente y de esta manera comienza el deterioro de su autoestima. Sin embargo, existen familias integradas, donde el adulto mayor recibe apoyo afectivo y donde son aceptadas las diferencias entre generaciones y es ahí donde el adulto mayor presenta menor dificultad para enfrentarse a sus propios cambios y a las pérdidas que significa llegar a la etapa de la vejez (Cifuentes, 2005).

Una familia con trastornos en su funcionamiento, repercute negativamente en las necesidades que se presenten en la vida diaria del adulto mayor y si estas necesidades no son enfrentadas adecuadamente, producen en ellos desajustes adaptativos y gran sufrimiento. En cambio, un funcionamiento familiar saludable, posibilita el cumplimiento exitoso de los objetivos que históricamente se le han asignado a la familia: la solidaridad, la responsabilidad, la ayuda, el respeto mutuo y el afecto entre todos sus miembros (Milán, 2007).

2.1.4 Teoría sistémica aplicada a la familia

Desde este modelo teórico, el autor Ortiz (citado en Ruiz y Torres, 2015) indica que la familia es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en una interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno, afecta al otro y al grupo en su totalidad. La familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar los diferentes cambios, o crisis, que son producidos ya sea desde el interior o desde el exterior de la familia y que pudieran llevar a modificaciones en su estructura y en sus funciones familiares. Estas crisis no sólo son producidas por eventos negativos, traumáticos o desagradables, sino por cualquiera situación de cambio que signifique una contradicción y que requiera modificaciones dentro de la dinámica familiar.

Según Suárez (citado en Ruiz y Torres, 2015) la familia es considerada un sistema abierto en constante conflicto, lo cual hace necesario la búsqueda de autorregulación para preservar el equilibrio y su permanencia en el tiempo. Para lograrlo, se desarrollan pautas de transacción destinadas a asegurar que las conductas de los miembros se regulen en armonía con el sistema general, lo que guiará la supervivencia de la familia en la sociedad.

Desde la década de los cincuenta, la familia es estudiada como un sistema relacional con principios y categorías que la definen. Comienza en Estados Unidos un movimiento de terapias familiares donde el interés ya no es solamente ver a la persona como alguien individual, sino que esta persona es trasladada dentro del grupo familiar y se centra su objetivo en los modos de interacción de ella dentro de la familia. La familia entonces, es comenzada a considerarse como un todo orgánico, como un sistema relacional, de modo que el cambio de estado de uno de los miembros va seguido por el cambio del resto de los otros miembros y si sucede de nuevo un cambio en la familia, se produce también un nuevo cambio en los otros y así sucesivamente (Valladares, 2008).

2.1.5 Tipos de Familia

Hernández (2009) distingue tipologías de familia, según lazos de parentesco, interacción y funcionalidad. Indica que toda familia está sujeta a cambios y va atravesando todos los ciclos vitales: nacimiento, niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor. Frente a estos

cambios, cada integrante de la familia va asumiéndolos de diferentes maneras, según sea su estructura familiar. Estas se presentan de diversas formas:

- Familia nuclear: formada por la madre, el padre y los hijos. Es la familia típica.
- Familia extendida: formada por parientes cuyas relaciones no son solamente entre padres e hijos, incluye abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o también personas afines.
- Familia monoparental: formada por uno sólo de los padres y sus hijos, la mayoría de las veces por la madre. Puede deberse a diferentes causales: padres separados o divorciados, donde los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por fallecimiento de uno de los cónyuges, o por embarazo de una madre soltera.
- Familia homoparental: formada por una pareja homosexual, hombres o mujeres, y sus hijos biológicos o adoptados.
- Familia Ensamblada: está formada por agregados de dos o más familias: madre sola con hijos junto a viudo con hijos, madre separada con hijos, junto a padre separado con hijos. También se incluyen en este tipo de familia a los hermanos viviendo juntos, o amigos, donde el sentido de familia no viene por consanguinidad sino por sentimientos, convivencia y solidaridad.
- Familia de hecho: en este tipo de familia la pareja convive sin ningún enlace legal.

2.1.6 Funcionamiento de las familias

En cuanto al funcionamiento de las familias, existen diferentes modos de relacionarse y convivir dentro de las familias, lo que da origen a la siguiente tipología:

- Familia rígida: a los padres les cuesta asumir los cambios que van produciéndose en los hijos, no admiten su crecimiento. Son padres autoritarios y con normas de convivencia inquebrantables.
- Familia sobre protectora: existe una preocupación permanente y exagerada por cuidar a los hijos lo que no les permite a los niños el desarrollo ni la autonomía. Su patrón de conducta es la dependencia.
- Familia centrada en los hijos: su mayor preocupación son los hijos, viviendo sólo para ellos y olvidando su rol de pareja.

- Familia permisiva: en este tipo de familia los padres son incapaces de disciplinar a los hijos y con la excusa de no ser autoritarios y de razonar con los hijos, les permiten hacer todo lo que quieran.
- Familia amalgamada: la mayor felicidad para este tipo de familia, es hacer todo siempre juntos, lo cual dificulta el proceso de individualización y su realización como adultos.
- Familia inestable: esta familia no está totalmente unida, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos de dar y recibir afecto.
- Familia estable: es una familia unida, donde los padres tiene claro sus roles y los hijos pueden crecer seguros e independientes.

2.1.7 Mitos sobre la vejez

La vejez es la etapa de la vida que más mitos y estereotipos tiene asociados. El estereotipo es una idea o pensamiento que se tiene comúnmente acerca de algo, pero en el caso de la vejez estas ideas suelen ser erróneas y asociadas a aspectos negativos. Esta forma de pensar se aprende socialmente y no suele ser juzgada ni cuestionada, sino que se da por hecho. Los estereotipos afectan la imagen que tienen las personas de los mayores y por consiguiente de lo que se espera para la propia vejez. Es posible por tanto, que por esto pueda venir el rechazo hacia el envejecimiento y el paso del tiempo en algunas personas.

Según Díaz (2013), los estereotipos más comunes asociados a la vejez son:

- Enfermedad o deterioro físico. Parece que al llegar a cierta edad se está condicionado a la enfermedad, las dolencias y al principio de la dependencia. Es cierto que existen enfermedades asociadas a la edad, pero no necesariamente vejez supone enfermedad. El estado de salud de la persona está marcado por sus hábitos, estilos de vida, condiciones sociales, emocionales y genéticas
- Deterioro intelectual y sensorial. Es común el pensamiento de que todas las personas mayores con el tiempo pierden capacidades mentales y sensoriales, pero no es cierto que todas las personas, a partir de una cierta edad tengan

esos déficits. Las personas mayores tienen capacidad de aprender a lo largo de toda su vida.

- Se suele decir que las personas mayores son cascarrabias, que tienen mal carácter. No es cierto que ella sea una característica asociada a la edad, hay personas que son así a lo largo de toda su vida y con el paso de los años esos rasgos se mantienen y se refuerzan.
- Movimientos y reacciones más lentas. Con el paso de los años disminuyen algunas capacidades físicas, pero ello no significa que no puedan mantener una vida autónoma. La excepción es cuando aparece una enfermedad que incapacita, pues no todas invalidan al sujeto.
- Todas las personas envejecen igual. El envejecimiento es un proceso individual que depende del estilo de vida de cada persona y se ve influenciado por el medio económico y social en que se desarrolla cada uno.
- Aislamiento social. Si acaso se da en la vejez, no es por encontrarse en esa etapa o tener una determinada edad, sino por otras causas que dependen de sus historias de vida, de las situaciones y condiciones específicas de cada momento y cómo se manejan en ellas.
- Pérdida de la sexualidad. La sexualidad es una condición que permanece toda la vida. Es cierto que puede disminuir su actividad pero se siguen experimentando deseos y ejercitando su función genital.
- Depresión. La vejez es una etapa con cierta vulnerabilidad a la depresión por las condiciones de vida que podrían darse: dependencia, enfermedad, pérdidas. No obstante, existen personas mayores que reflejan un alto grado de bienestar y felicidad.
- Improductividad. Esta manera de pensar acerca de las personas mayores incentiva el aislamiento laboral y social, afectando directamente a su calidad de vida.

2.1.8 Tipos de envejecimiento

Según Warner (2003), es interesante ver cómo algunas personas llegan hasta los últimos años de su vida en total competencia intelectual, independencia funcional y buena salud,

mientras que hay otras que se deterioran rápidamente y viven en forma dependiente, generando altos costos de salud y con una desfavorable calidad de vida (Larrea, 2014).

El nuevo planteamiento sobre el envejecimiento se ha realizado desde una manera más positiva y va orientado a la búsqueda de factores favorecedores que identifiquen el potencial del envejecimiento y las vías para modificarlo en un sentido positivo. Los autores Rowe y Khan (1997) (citado en Larrea, 2014) describieron tres formas de envejecimiento en los seres humanos:

- Envejecimiento normal o primario: se refiere a las personas que, sin padecer enfermedades crónicas degenerativas, sufren los cambios propios del envejecimiento. Sin embargo son capaces de mantenerse funcionales.
- Envejecimiento patológico o secundario: son aquellas personas que tienen enfermedades agregadas al envejecimiento como consecuencia de malos hábitos y que empeoran la calidad de vida por las complicaciones que pueden presentar por la tercera edad.
- Envejecimiento exitoso: basado en un concepto de “bienestar subjetivo” va más allá del estado de salud y disminuye la probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, aumentando el funcionamiento físico, mental y la participación social (Larrea, 2014).

Rowe y Khan (1997) (citado en Francke, González, Lozano, s/f), proponen un modelo individual de envejecimiento exitoso, el cual establece la combinación de tres exponentes principales:

- Baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez.
- Alto funcionamiento físico y cognitivo
- Compromiso activo con la vida.

Estos tres componentes están estrechamente ligados, donde cada uno de ellos hace posible el mantenimiento de los otros, ya que la ausencia de enfermedad o discapacidad contribuye a que se mantengan las funciones físicas y mentales necesarias para facilitar una participación activa en la vida.

Sin embargo, el envejecimiento exitoso para estos autores va más allá de la buena salud y del mantenimiento de la funcionalidad, es su combinación con el compromiso con la vida lo que define plenamente el concepto de envejecimiento exitoso.

El primer componente expuesto, no sólo se refiere a la ausencia de enfermedad, sino también a los riesgos asociados como: hipertensión arterial, colesterol y glucosa altos, obesidad, tabaquismos, abuso de bebidas alcohólicas, vida sedentaria, entre otros.

El segundo componente expuesto se refiere a que la salud física y mental son los elementos clave para medir la calidad de vida, autonomía y capacidad funcional.

El tercer componente, el compromiso con la vida, se relaciona con el soporte que dé la familia y los amigos, con el uso del tiempo en actividades productivas o de servicio a los demás, en el involucramiento con la comunidad, en diferentes formas: social, económica, espiritual y cívica entre otras (Francke, González, Lozano s/año).

2.2 La autoestima

La autoestima es la evaluación que el individuo hace y mantiene respecto a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta dónde el individuo cree que es capaz de ser exitoso, significativo y trascendente. Es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo (Válek, 2007).

2.2.1 Componentes de la autoestima

Abud y Bórques, (1997) (citado en Canto y Castro) consideran la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen: como la capacidad de valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad. Describen así mismo tres componentes importantes que se relacionan entre sí, el deterioro de alguno de los cuales afecta negativamente a los restantes. Y estos son:

- Componente cognitivo: se refiere a las ideas, opiniones, creencias, percepciones, al procesamiento de la información, al conjunto de esquemas usados para interpretar estímulos importantes del ambiente social y a las experiencias pasadas, incluyendo el autoconcepto como origen y desarrollo de la autoestima.

- Componente afectivo: se refiere a la valoración de lo que es positivo o negativo en cada persona e implica una sensación de lo que se considera favorable o desfavorable, agradable o desagradable.
- Componente conductual: es la tensión, intención, decisión de actuar, es la manifestación de comportamiento subsecuente y coherente (Canto y Castro, 2004).

Según el psicólogo norteamericano, William James (1842 – 1910), cuando nos valoramos a nosotros mismos, solemos considerar tres componentes de nuestra identidad:

- El primero, nuestro estilo de pensar, sentir y actuar; los rasgos de nuestra personalidad
- El segundo, el yo social; las cualidades o defectos que reconocen en nosotros los demás y la buena o mala reputación que tenemos en nuestro entorno social.
- El tercero, el yo material; incluye nuestra imagen corporal, los haberes, el patrimonio económico y las pertenencias que son importantes para nosotros.

Continúa diciendo que para calcular el nivel de autoestima, es necesario dividir los éxitos por las pretensiones. Si los triunfos igualan o superan a las aspiraciones, la autoestima sería positiva, pero si los anhelos son más que los logros la autoestima sería negativa. Lo que sentimos con respecto a nosotros mismos en este mundo, depende enteramente de los que apostemos ser y hacer. Está determinado por la proporción entre nuestra realidad y nuestras supuestas potencialidades; es una fracción en la cual el denominador son nuestras pretensiones y el numerador, nuestros éxitos. Por lo tanto la autoestima es igual a éxito partido por pretensiones. Esta fracción puede aumentar disminuyendo el denominador y aumentando el numerador (Martínez, 2012).

2.2.2 Conceptos acerca de la autoestima.

Según José Vicente Bonet, (1997) la autoestima es un concepto multidimensional que engloba, entre otros, “a las seis partes de la autoestima” a saber:

- Aprecio de uno mismo
- Aceptación tolerante de sus limitaciones, debilidades, errores y fracasos, reconociendo serenamente los aspectos desagradables de su personalidad.

- Afecto, actitud positiva hacia sí mismo, de tal manera que se encuentre bien consigo mismo, dentro de su piel.
- Atención y cuidado de sus necesidades reales, tanto físicas como psíquicas.
- Autoconsciencia, es decir, darse cuenta del propio mundo interior y escucharse a sí mismo amistosamente.
- Apertura, actitud abierta y atenta al otro, reconociendo su existencia y afirmándolo, lo cual parte del reconocimiento de que no podemos vivir en forma aislada e independiente de los demás

Según MacKay y Fanning (1991), la autoestima en el ser humano es esencial para la supervivencia psicológica. Es un sine qua non emocional. Sin cierta dosis de autoestima, la vida puede resultar enormemente penosa, haciendo imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas. Afirman los autores que una de las principales diferencias que tenemos los seres humanos con los animales es la consciencia de sí mismos, de establecer una identidad y de darle valor. La de tener la capacidad de definir quién se es y luego, de decidir si le gusta esa identidad o no. Definir la autoestima de cada persona está en la capacidad humana de juicio.

2.2.3 La autoestima en los adultos mayores

Según Ortiz y Castro (2009) la autoestima es un indicador de salud y bienestar importante en esta etapa del ciclo vital. Se define como un sentimiento, o una actitud, ya sea positivo o negativo, hacia la propia persona, basada en la evaluación que realiza de sus propias características y que también incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo. La modificación de las funciones sociales ocasionada por la jubilación, por la percepción que tienen las propias personas mayores y también por la percepción que se tiene de este nivel de edad por parte de la sociedad, provocan que la consistencia interna del concepto de sí mismo, resulte perturbada.

Uno de los principales determinantes de la autoestima es la de etiquetarse a sí mismo como “viejo” debido a la connotación negativa que este término conlleva en la actualidad. Ser “viejo” equivale a ser inútil, incapacitado, asexuado. Se estima que el adulto mayor pierde inevitablemente la mayoría de las capacidades de que gozaba en su vida de joven y ahora es simplemente un discapacitado. Esta carga de prejuicios desemboca

inevitablemente en ubicarlos en el lugar del paria, del marginado, del que ya no cuenta como integrante válido de la sociedad, es decir, situarlo en la antesala de la muerte.

2.2.4 Tipos de autoestima

a) Autoestima positiva

La autoestima positiva aporta un conjunto de efectos beneficiosos para nuestra salud y calidad de vida, que se manifiesta en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más amable de la vida. Aumenta la capacidad de afrontar y superar dificultades personales al enfrentarse a los problemas con una actitud de confianza personal. Fomenta la capacidad de adquirir compromisos y por lo tanto de ser más responsables al no eludirlos por temor. Potencia la creatividad al aumentar la confianza en sí mismos, teniendo capacidad de fijar sus propias metas. Permite establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias al ser más asertivos y enfrentar los conflictos con actitud positiva.

Atchley (2000) (citado en Larrea, 2014), considera que la mayoría de los individuos cuentan con un sentido positivo de sí mismos, y aprecian sus experiencias antes pasadas, esto brinda un sentimiento de estimación que no disminuye por el hecho de envejecer.

Brim (1988) (citado en Larrea, 2014), indica que la mayoría de las personas cuentan con recursos que son suficientes para mantener una percepción positiva durante la vejez.

b) Autoestima negativa

Cuando la autoestima es negativa la salud se resiente porque falta confianza en sí mismos para abordar los sucesivos retos que presenta la vida desde una perspectiva positiva y esto hace que la calidad de vida no sea todo lo óptima que pudiera ser. Al faltar confianza personal, disminuye la capacidad para enfrentar los múltiples problemas y conflictos que se presentan en la vida. La falta de confianza hace que se eviten los compromisos y por lo tanto no se abordan nuevas responsabilidades, privándose así de una mayor riqueza en las experiencias vitales, o bien cuando se afrontan nuevos compromisos, abruma las responsabilidades, siendo el umbral de resistencia más limitado. No contribuye a fomentar la creatividad, puesto que no se confía en las capacidades personales. Al faltar autoconfianza, difícilmente se fijan metas y

aspiraciones propias por lo que se es más vulnerable a actuar de acuerdo con lo que se espera de ellos y no de acuerdo a las propias decisiones. Las relaciones que se establecen con otras personas no son de igualdad, dado que la falta de confianza impide abordar los conflictos personales desde una perspectiva igualitaria, adoptando muchas veces actitudes sumisas o bien agresivas.

Frankl (citado en Green,1993) plantea que la necesidad de significado en la vida es la principal fuente motivadora de los seres humanos; sin significado, el adulto mayor muchas veces siente que no tiene por qué vivir, nada que esperar ni ninguna razón para esforzarse por algo. El significado de vida que tenga, que se proponga a seguir, le dará una direccionalidad a su vida y una razón para seguir viviendo. Pero si la persona siente que no desempeña un rol activo o importante y dentro de su contexto se percibe a sí mismo como alguien vacío y sin esperanzas, sin opciones, la única alternativa que le resta para su auto- realización es la muerte.

2.3 La calidad de vida.

Según Veenhoven (1994) el tema de la satisfacción con la vida es parte de un campo más amplio de investigación denominado calidad de vida y define la satisfacción con la vida como el grado en que una persona evalúa la calidad de su vida, en otras palabras, lo bien que vive y cuánto le gusta la vida que lleva. En el concepto satisfacción con la vida están involucrados factores que permiten manifestar esta calidad de vida y qué se requiere para hacer la vida mejor. Los estudios en esta área tratan de definir qué significa una buena vida, una vida satisfactoria y a su vez tratan de crear una sociedad mejor.

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción que tiene cada individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores con el cual vive y en relación a las metas, expectativas, estándares y preocupaciones que tiene, es decir que su calidad de vida está centrada en los aspectos subjetivos que el individuo tiene sobre su vida. Sin embargo Pedrero, (en Aranibar, 2004) considera que observar la calidad de vida como algo puramente subjetivo, puede llevar a suponer que una persona informara ser completamente feliz viviendo en la extrema pobreza, por lo que propone que para hablar de calidad de vida desde un punto subjetivo, sería necesario que primero las personas tuvieran sus necesidades básicas cubiertas.

2.3.1 Conceptos de calidad de vida.

Según Aranibar (2004) (citado en Osorio, 2011), la idea de calidad de vida es ampliamente utilizada en el ámbito científico, en los enunciados de políticas públicas y en la vida cotidiana en general. La popularización del concepto se vincula a transformaciones operadas durante el siglo XX, que trasladan la atención de cómo ganarle al hambre, a la pobreza y a la muerte a cómo tener mejor calidad de vida. Aunque el concepto apareció en los años sesenta, es en los años setenta cuando comienza su importancia en el ámbito académico. En la actualidad, a pesar de todos los artículos e investigaciones sobre el tema, no hay un consenso en relación a qué es y cómo se mide la calidad de vida.

Shalock y Verdugo (2007), proponen un modelo de calidad de vida donde se plantean ocho dimensiones centrales que constituyen una vida de calidad: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

- Bienestar Emocional: los indicadores objetivos de esta dimensión son la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el autoconcepto y la satisfacción con uno mismo.
- Relaciones Interpersonales: los indicadores centrales de esta dimensión son la intimidad, el afecto, la familia, las interacciones, las amistades, los apoyos.
- Bienestar Material: los indicadores centrales propuestos para esta dimensión son: el alimento, la seguridad, el empleo, lo económico, los derechos, las pertenencias, el estatus económico y social.
- Desarrollo Personal: los indicadores centrales son la formación, las habilidades, la competencia personal, la realización personal, la capacidad resolutiva.
- Bienestar Físico: ejemplos de indicadores son la salud, la nutrición, la movilidad, el ocio, las actividades recreativas, las actividades de la vida diaria.
- Autodeterminación: los indicadores centrales de esta dimensión son la autonomía, las elecciones, las decisiones, el control personal, la autorregulación, los valores, las metas personales.

- La Inclusión Social: los indicadores centrales de calidad de vida son la aceptación, el estatus, los apoyos, el ambiente laboral, la integración y la participación.
- Derechos: los ejemplos de indicadores centrales de esta dimensión son privacidad, voto, acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general.

2.3.2 Calidad de vida en la vejez

Aranibar (2004) (citado en Osorio, 2011), considera que al estudiar la calidad de vida en el envejecimiento se deben tener en cuenta tres premisas claves que enmarquen la investigación.

En primer lugar la idea de calidad de vida debe ir en su concepto de referencia, en el caso de la vejez ésta presenta diferencias con otros grupos de edad y esa diferencia interviene en el concepto calidad de vida para este grupo etario.

En segundo lugar las muchas dimensiones que tiene el concepto, por lo que hay que tomar en cuenta múltiples aspectos: factores personales, familiares, sociales, ambientales, los que varían de acuerdo a la edad de las personas.

En tercer lugar el concepto calidad de vida debe considerar, tanto aspectos subjetivos como objetivos de las distintas dimensiones en la evaluación y valoración de ella.

Según Fernández, Cabo y García, (citado en Sanduvete, 2004) los indicadores de la calidad de vida en los adultos mayores, pueden dividirse en seis áreas, a saber:

- Opciones, que se refiere a la capacidad que tengan los adultos mayores de elección, al poder detectar sus necesidades y tomar decisiones tanto en asuntos cotidianos como en asuntos trascendentales que les afecten en su vida.
- Relaciones, referido a poder contar con apoyo, tanto formal como informal y sobretodo que la persona tenga la posibilidad de estar integrado con la sociedad en la que vive.
- Estilo de vida, es la posibilidad de la persona a ejercer sus costumbres culturales y de ser independiente y además productiva, también a tener una vida estable y sentirse cómoda en el lugar que vive.

- Salud y bienestar, tiene que ver con aspectos como la seguridad, gozar de la mejor salud posible y el saber qué hacer en situaciones de emergencia, a quién contactar y a dónde dirigirse.
- Derechos, poder ejercer sus derechos y deberes, no recibir maltrato, recibir un trato digno, poder utilizar servicios públicos adecuados y tener la posibilidad de recibir asesoría legal en caso de necesitarla.
- Satisfacción, en esta área se observa si las personas alcanzan los objetivos esperados y si están satisfechas con su cotidianeidad, demostrando así su calidad de vida.

2.3.3 Estudios chilenos sobre calidad de vida en la vejez

En el año 2007 la Pontificia Universidad Católica de Chile, junto con la Caja de Compensación Los Andes realizaron una encuesta de calidad de vida en la vejez. En ella evaluaron la satisfacción de las personas mayores en diversos ámbitos. Según este estudio, quienes están más satisfechos son los que realizan actividades más significativas, como salir de casa, y los que tienen más habilidades psicosociales, pues les permite ajustarse a las transformaciones propias del envejecer.

Señala también que, a mayor escolaridad hay una mejor calidad de vida, lo que se relaciona con el aumento de los ingresos, la posibilidad de un estilo de vida más saludable, mayores recursos para salud, proporcionando a las personas habilidades cognitivas y psicosociales que tendrían un impacto positivo en las situaciones en donde se requiere cierto ajuste o adaptación.

Nuevamente, en el año 2010 la Universidad Católica y la Caja de Compensación Los Andes realizaron la encuesta sobre calidad de vida en la vejez. Según los datos de esta nueva encuesta, la satisfacción general de la vida ha aumentado desde el año 2007, cuando se hizo la primera encuesta, de 56% a 60%. Destaca el hecho que en el año 2010 los adultos mayores atribuyen menor importancia a los motivos que les provocan preocupación y que desestabilizan su bienestar, principalmente la probabilidad de enfermarse gravemente, que baja del 59% al 52%, aunque sigue siendo un motivo importante en la vejez. Entre los problemas más acuciantes que permanecen pendientes son las diferencias socioeconómicas; el indicador de buena salud alcanza al 64% entre

quienes tienen educación superior para descender al 33% entre aquellos que solamente tienen educación básica.

En el año 2013, se realizó una tercera encuesta, por la Universidad Católica, la Caja de Compensación de Los Andes y el Servicio Nacional del Adulto Mayor. En esta encuesta se puede apreciar un aumento en la satisfacción de vida del adulto mayor, consolidándose que los factores claves para una adecuada calidad de vida son: la educación, la participación y el sentido de la autoeficacia. Cuando la salud está bien, cuando se tiene capacidad funcional, cuando existen buenas relaciones familiares y sociales, el bienestar aumenta. La encuesta muestra que las relaciones sociales son un factor protector de gran relevancia para lograr un buen envejecer porque brindan apoyo en caso de necesidad, son fuente de afecto y protección. También muestra que cuando los adultos mayores realizan actividades significativas y variados aprendizajes de su agrado, aumenta en ellos la autoestima porque se sienten que continúan siendo parte la sociedad.

2.3.3 Estudios internacionales sobre calidad de vida en la vejez

En la República Argentina, se llevó a cabo la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida en Adultos mayores en el año 2012, realizada por el Instituto de Estadísticas y Censos y este estudio mostró la diversidad de un grupo poblacional, que lejos de transitar el final de su vida, brinda ayuda a otras personas, hace uso pleno de su tiempo libre, trabaja y aporta al crecimiento de la economía, tiene particulares características de consumo y cree en la posibilidad de enamorarse, entre otras características.

Estudios realizados en Barcelona, España, por Puig (2011) en adultos mayores españoles, concluyeron que la percepción de calidad de vida tiene relación con la buena salud, las buenas relaciones familiares, el sentirse querido y acompañado, tener dinero y también una buena vida social.

Las conclusiones de este estudio se asemejan, según el autor, a las encontradas en cinco países de la Unión Europea: Alemania, Italia, Países Bajos, Reino Unido y Suecia. En los Países Bajos, la mayoría de la población estudiada se mostraba satisfecha con su vida, pero esta satisfacción disminuía en la medida en que avanzaba en edad. En Alemania los resultados fueron diferentes, algunos adultos mayores manifestaron mejor

calidad de vida con mayor edad y otros sentían lo contrario, con menor edad menor calidad de vida. En el Reino Unido sus habitantes adultos mayores mostraban altos índices de satisfacción con su calidad de vida. En Italia las relaciones familiares fueron lo más importantes para los adultos mayores, en cambio en Suecia, lo más relevante para vivir una vida de calidad fue tener una buena salud, unas armónicas relaciones sociales y la participación en actividades agradables.

Indica el autor que en Brasil se llevó a cabo una encuesta en adultos mayores sobre calidad de vida, donde se informó que el principal motivo de satisfacción en los adultos mayores brasileños es la salud, seguido por la convivencia con la familia y las relaciones sociales.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo correlacional, ya que tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre autoestima y calidad de vida, se pretende ver si están o no relacionadas y luego analizar la correlación conociendo el comportamiento de la otra variable relacionada.

Según su propósito es una investigación básica, cuya finalidad es formular nuevas teorías o modificar las existentes, incrementar los conocimientos científicos o filosóficos sin contrastarlos con ningún aspecto práctico.

3.2 Diseño de investigación

Es una investigación no experimental, porque se está estudiando un fenómeno existente, no se están manipulando variables. Es transeccional ya que se estudiará la información de un solo momento en un grupo de personas y es correlacional porque su propósito es medir el grado de relación que pueda existir entre dos o más variables. Su propósito principal es saber cómo se pueden comportar un concepto, sabiendo el comportamiento de otra variable relacionada.

3.3 Universo, muestra

3.3.1 Universo: el universo de esta población son adultos mayores de ambos sexos, mayores de 60 años, que viven en la provincia de Santiago.

3.3.2 Muestra: la muestra de esta investigación serán 97 adultos mayores, no institucionalizados, de la provincia de Santiago, los cuales pertenecerán a diferentes comunas y barrios para así lograr una cierta heterogeneidad en la muestra entrevistada.

3.4 Definición de variables

3.4.1 Autoestima

Conceptual: Rosemberg (citado en Rojas, Zegers y Forster, 2009) entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.

Operacional: En el marco de este estudio, la autoestima se medirá a través de la puntuación obtenida con la escala de autoestima de Rosenberg, donde se interpretará como autoestima elevada de 30 a 40 puntos, autoestima media de 26 a 29 puntos y autoestima baja menos de 25 puntos.

3.4.2 Calidad de vida

Conceptual: Según Diener (1991) (citado en Garrido et al, 2010) el constructo de calidad de vida se ha definido como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, con carácter de positividad, que conlleva un juicio sobre las circunstancias de la vida de la persona, o la valoración que hacen sobre ella en forma global, en relación a un criterio base que la propia persona establece.

Operacional: En el marco de este estudio, la calidad de vida se medirá a través de la puntuación obtenida con la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener et al, donde se interpretará como altamente satisfechas de 19 a 25 puntos, medianamente satisfechas de 12 a 18 puntos e insatisfechas de 5 a 11 puntos.

3.5 Técnicas de recolección de información

Para realizar esta investigación, se entrevistarán 97 adultos mayores, sobre 60 años, no institucionalizadas, de diferentes comunas de la provincia de Santiago. A éstos se les administrará un cuestionario de Satisfacción Vital SWLS (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) junto con el cuestionario de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1985) y un cuestionario sociodemográfico para determinar cuáles de las variables influyen en la autoestima y en la calidad de vida.

El instrumento de Rosenberg para autoestima, fue validado en Chile por Cristian Rojas, Beatriz Zegers y Carla Forster, de la Escuela de Psicología de la Universidad de Los Andes en el año 2009. Cuenta con 10 items, divididos equitativamente en positivos y negativos. Es unidimensional y se contesta con una escala de 4 alternativas que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo y presenta un alfa de Cronbach de 0,754 encontrándose en el rango esperado para este instrumento, el cuál cumple con los criterios de validez y confiabilidad de un instrumento de calidad para medir autoestima en nuestro país (Rojas, C., Zegers, B., Forster, C, 2009).

El instrumento de Satisfacción Vital SWLS para calidad de vida fue validado en Chile por Mauricio Ramirez y Sau- Lyn Lee de la Universidad de Tarapacá en la ciudad de Arica en el año 2012. Cuenta con 5 ítems que presentan una gran confiabilidad en la consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,856 (Ramírez, M. & Lee, S, 2012).

El cuestionario sociodemográfico que contestarán los adultos mayores es de 8 preguntas sobre: edad, sexo, estado civil, escolaridad, recepción de dinero mensual, realización de alguna otra actividad remunerada, si tiene alguna enfermedad crónica y si vive con la familia.

- Definición de variables del cuestionario sociodemográfico.

Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde el nacimiento.
Sexo	Es la variable biológica y genética que divide a los seres humanos en hombre o mujer.
Estado Civil	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia provenientes del parentesco y que establecen ciertos derechos y deberes.
Escolaridad	Conjunto de las enseñanzas que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.
Dinero mensual	Pago que recibe el trabajador por una labor realizada y que se paga mes a mes.
Actividad Remunerada	Ocupación o trabajo por el cual se recibe algún pago a cambio.
Enfermedad Crónica	Alteración leve o grave del funcionamiento normal del organismo, que es de larga duración y de progresión lenta.
Vivir en familia	Vivir acompañado con ascendientes, descendientes o demás personas relacionadas entre sí por parentesco legal, de sangre o de amistad.

En la recolección de información a los participantes se les informará sobre la utilización que se hará del estudio mediante el consentimiento informado y siempre prevaleciendo el respeto hacia las personas encuestadas y la protección de sus derechos y de su privacidad.

3.6 Técnicas de análisis de la información.

El procesamiento de datos se realizará usando el software estadístico SPSS versión 19, programa estadístico para ciencias sociales. Para el análisis de datos se usarán los estadígrafos descriptivos de porcentaje, media, mediana, desviación típica y varianza entre otros. Las pruebas de significancia estadística: pruebas T y Levene para igualdad de varianzas y anova de un factor intra grupos e intergrupos.

3.7 Procedimiento

Se aplicarán tres instrumentos: Escala de Satisfacción Vital, Encuesta de Autoestima y el Cuestionario Sociodemográfico a 97 personas voluntarias quienes serán contactadas para la investigación. Se espera que los adultos mayores no evidencien desconfianza a la hora de aplicar los cuestionarios o solicitarles su participación en la investigación.

Las personas a encuestar, en su mayoría, serán adultos mayores asistentes a cursos de las municipalidades y de cajas de compensación. También se encuestará a personas en plazas públicas, lugares de esparcimiento y negocios de barrios, ferias libres y en paraderos de locomoción. Se estará presente durante la aplicación de los instrumentos para ayudar y verificar el correcto cumplimiento del cuestionario. Considerando la edad de los mayores se intentará en todo momento, crear un clima de confianza, haciendo referencia a la confidencialidad de las respuestas, insistiéndoles en que no hay preguntas correctas o incorrectas y que lo que importa es la opinión respecto a lo que se les pregunta. Se les explicará la importancia de no dejar preguntas sin contestar.

Se eligieron estos tres instrumentos por no ser muy extensos y ser de fácil respuesta, sin embargo, el investigador en todo momento deberá estar atento para responder cualquier tipo de consulta o inquietud que pueda aparecer, como por ejemplo, explicar cómo deben colocarse la respuesta en el casillero correspondiente.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Previo a exponer lo obtenido en esta investigación, en la cual se midieron la autoestima de los adultos mayores y su satisfacción con la vida para buscar si existía una relación entre ambas, se considera necesario describir los principales resultados sociodemográficos de la muestra, con el objeto de tener una mayor claridad sobre la investigación realizada.

4.1 Caracterización de la muestra

4.1.1 Según la edad

De los 97 adultos mayores que participaron en la investigación se deduce lo siguiente: En la composición por edad de los adultos mayores, se encontró una media de 69,89 años. La cantidad mínima de casos se encontró en adultos mayores de 68, 77, 82, 83, 86 y 87 años de edad (1 %) (n=1) y la máxima en edad en los adultos mayores de 60 años de edad (14,4%) (n=14). (Ver tabla1 y 2).

Estadísticos

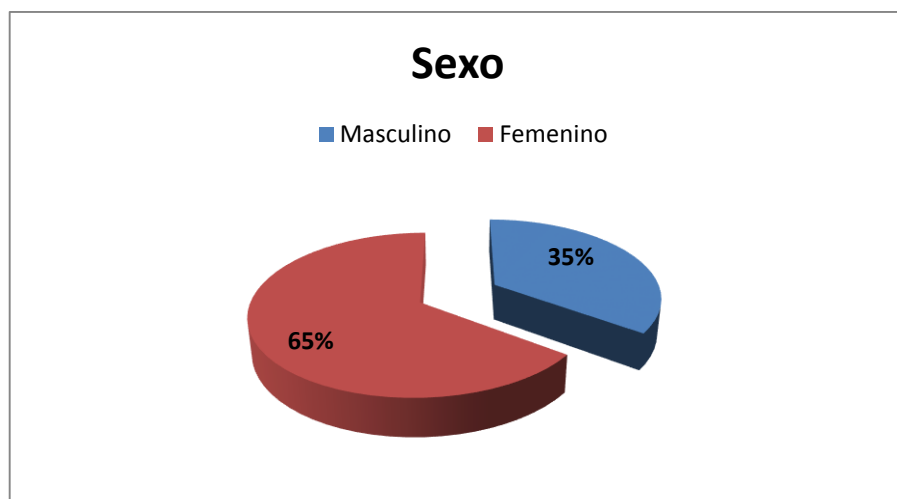
Edad		
N	Válidos	97
	Perdidos	0
Ver si existía una		
	Media	69,89
	Mediana	69,00
	Moda	60

Tabla N° 1 “Distribución de edad”

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60	14	14,4	14,4	14,4
	61	7	7,2	7,2	21,6
	62	2	2,1	2,1	23,7
	63	2	2,1	2,1	25,8
	64	4	4,1	4,1	29,9
	65	4	4,1	4,1	34,0
	66	4	4,1	4,1	38,1
	67	5	5,2	5,2	43,3
	68	1	1,0	1,0	44,3
	69	6	6,2	6,2	50,5
	70	3	3,1	3,1	53,6
	71	3	3,1	3,1	56,7
	72	5	5,2	5,2	61,9
	73	4	4,1	4,1	66,0
	74	3	3,1	3,1	69,1
	75	5	5,2	5,2	74,2
	76	5	5,2	5,2	79,4
	77	1	1,0	1,0	80,4
	78	3	3,1	3,1	83,5
	79	6	6,2	6,2	89,7
	80	2	2,1	2,1	91,8
	81	2	2,1	2,1	93,8
	82	1	1,0	1,0	94,8
	83	1	1,0	1,0	95,9
	84	2	2,1	2,1	97,9
	86	1	1,0	1,0	99,0
	87	1	1,0	1,0	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

4.1.2 Según el sexo

Con relación al sexo de los adultos mayores que participaron en la investigación el 35,1% (n=34) de la muestra son de sexo masculino y el 64,9% (n=63) son de sexo femenino.



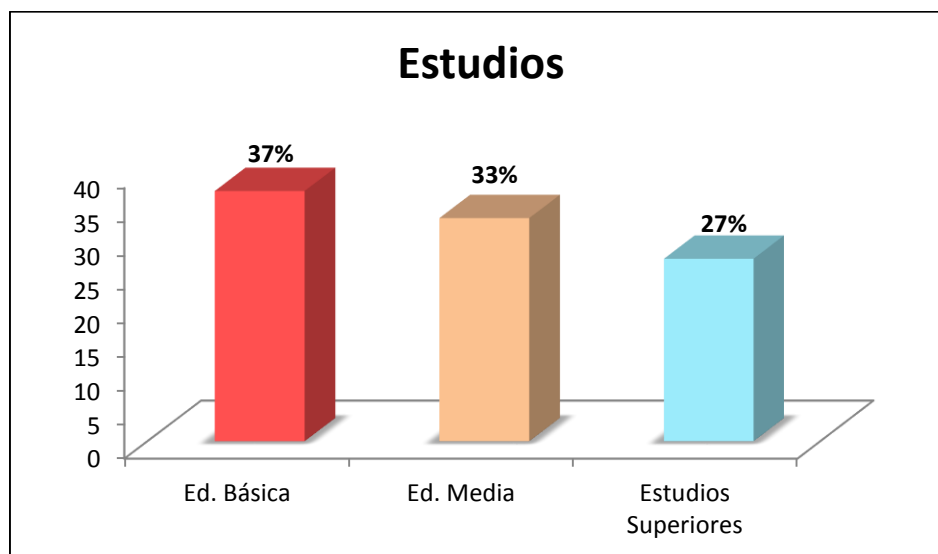
4.1.3 Según el estado civil

Con relación al estado civil de los adultos mayores que participaron en la investigación, el 45,4% (n=44) de estos son casados, el 15,5% (n=15) son solteros, el 18,6% (n=18) son divorciados y el 20,6% (n=20) son viudos.

		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado	44	45,4	45,4	45,4
	Soltero	15	15,5	15,5	60,8
	Divorciado	18	18,6	18,6	79,4
	Viudo	20	20,6	20,6	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

4.1.4 Según escolaridad

En cuanto a la escolaridad de los adultos mayores, el 38,1% (n=37) ha cursado la enseñanza básica, el 34% (n=33) ha cursado la enseñanza media completa y el 27,8% (n=27) tiene estudios superiores.



4.1.5 Según recepción de dinero mensual

En cuanto a si los adultos mayores reciben un dinero mensual, el 100% (n=97) indica recibirlo.

Recibe dinero mensual				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	97	100,0	100,0	100,0

4.1.6 Según si tiene alguna otra actividad remunerada:

En cuanto a recibir dinero por alguna otra actividad, el 52,6% (n=51) de los encuestado sí reciben dinero extra mensual y el 47,4% (n=46) no reciben ningún dinero extra mensual.



4.1.7 Según enfermedad crónica:

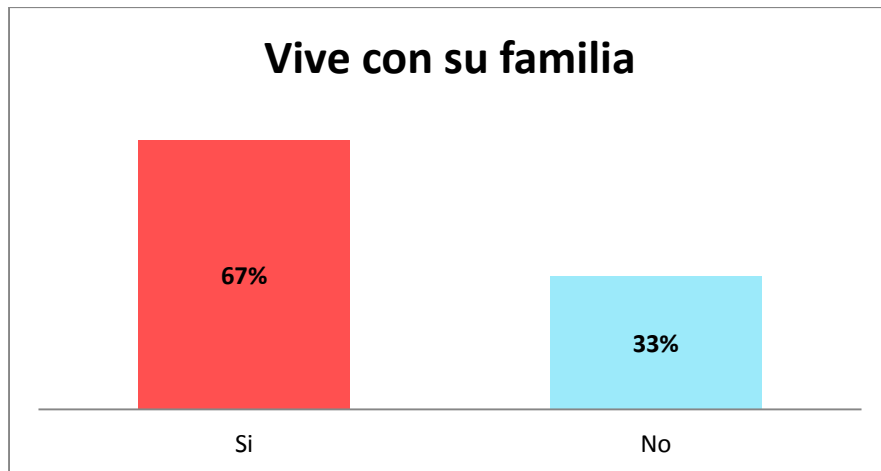
En cuanto a si los adultos mayores presentan una enfermedad crónica el 57,7% (n=56) indican tener una enfermedad crónica y un 42,3% (n=41) indica no tener una enfermedad crónica.

Tiene alguna enfermedad crónica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	56	57,7	57,7	57,7
	No	41	42,3	42,3	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

4.1.8 Según si vive con su familia:

En relación a si el adulto mayor vive con su familia los resultados indicaron que el 67% (n=65) de éstos vive con su familia, y un 33% (n=32) vive solo.



4.2 Niveles de autoestima y de satisfacción con la vida:

Con respecto al análisis total de la muestra de adultos mayores sobre la autoestima, los valores indican que el 4,85% (n=5) presenta una autoestima baja, el 25,22% (n=26) presenta una autoestima media y el 64,02% (n=66) presenta una autoestima alta. Los valores también indican que el 64,99% (n=67) de la muestra de adultos mayores presentan una satisfacción con la vida alta, el 23,28% (n=24) presentan una calidad de vida media y el 5,82% (n=6) presentan una satisfacción con la vida baja.

4.3 Análisis de la influencia de la autoestima en la satisfacción con de vida:

Los resultados de la muestra sobre la influencia de la autoestima en la satisfacción con la vida de adultos mayores indican que los que tiene autoestima baja (5,82%) presentan satisfacción por la vida alta (n=4) y media (n=2). Los que tienen autoestima media (23,28%) presentan satisfacción por la vida alta (n=14), media (n=8) y baja (n=2). Los que tiene autoestima alta (64,99%) presentan satisfacción por la vida alta (n=48), media (n=16), y baja (n=3).

Por lo que se deduce que, independientemente del nivel de autoestima que tenga el adulto mayor, su satisfacción con la vida variará entre una calidad de vida alta, media o baja. Esto indica que la autoestima no influye en el nivel de satisfacción con la vida.

Autoestima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alta	66	68.0	68.0	68.0
	Media	26	26.8	26.8	94.8
	Baja	5	5.2	5.2	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Satisfacción con la Vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Baja	6	6.2	6.2	6.2
	Media	24	24.7	24.7	30.9
	Alta	67	69.1	69.1	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Autoestima

Satisfacción con la Vida			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja	Válidos	Alta	4	66.7	66.7	66.7
		Media	2	33.3	33.3	100.0
		Total	6	100.0	100.0	
Media	Válidos	Alta	14	58.3	58.3	58.3
		Media	8	33.3	33.3	91.7
		Baja	2	8.3	8.3	100.0
		Total	24	100.0	100.0	
Alta	Válidos	Alta	48	71.6	71.6	71.6
		Media	16	23.9	23.9	95.5
		Baja	3	4.5	4.5	100.0
		Total	67	100.0	100.0	

4.4 Sexo y autoestima:

Con referencia a la posible diferencia por sexos de la autoestima de los adultos mayores de esta muestra, los resultados indican que la media de los valores del sexo femenino es de 32,95 y la media del sexo masculino es de 31,15 lo que muestra que ambos sexos tienden a la autoestima alta. Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p: 0,05$) entre el sexo femenino y el masculino en la percepción de su autoestima, siendo la autoestima de las mujeres estadísticamente más alta. Se puede concluir sin embargo, que no influye en el nivel de autoestima de los adultos mayores el sexo al que se pertenezca.

4.5 Sexo y satisfacción con la vida:

En cuanto a la diferencia por sexos en la satisfacción con la vida de los adultos mayores de la muestra, los resultados indican que la media de los valores del sexo femenino es de 20,19 y la media del sexo masculino es de 19,50 lo que indica que ambos sexos tienden a una alta satisfacción con la vida. Al no existir diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,455$) entre ambos sexos en la satisfacción con la vida, podemos concluir que pertenecer al sexo masculino o pertenecer al sexo femenino no influye en la satisfacción con la vida.

Estadísticos de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
total autoestima	Masculino	34	31.15	4.208	.722
	Femenino	63	32.95	4.495	.566
Sat. con la vida	Masculino	34	19.50	4.614	.791
	Femenino	63	20.19	4.169	.525

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
total autoestima	Se han asumido varianzas iguales	-1.929	95	.05	-1.805
	No se han asumido varianzas iguales	-1.968	71.695	.053	-1.805
Sat. con la vida	Se han asumido varianzas iguales	-.750	95	.455	-.690
	No se han asumido varianzas iguales	-.727	62.077	.470	-.690

4.6 Vivir en familia y autoestima:

En referencia a vivir en familia y la autoestima de los adultos mayores de la muestra, los resultados indican que la media de los valores de las personas que viven con su familia es de 32,03 y la media de las personas que no viven con su familia es de 32,91 lo que indica que ambos tienden a tener como media una autoestima alta. No encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,366$) entre los que viven con su familia y los que no

viven con su familia y su relación con la autoestima, por lo que podemos concluir que el vivir solo o acompañado no influye en la autoestima de los adultos mayores.

4.7 Vivir en familia y satisfacción con la vida:

Con referencia a vivir en familia y la satisfacción con la vida de los adultos mayores de la muestra, los resultados indican que la media de los valores de las personas que viven en familia es de 20,14 y la media de los que no viven en familia es de 19,56 lo que indica que ambos tienden a tener una satisfacción con la vida alta. Sin embargo, existe una diferencia estadísticamente significativas ($p: 0,540$) entre los que viven con su familia y los que no viven con su familia y la satisfacción con la vida, pero podemos concluir que vivir solo o en familia, no influye en la satisfacción con la vida de los adultos mayores.

Estadísticos de grupo

Vive con Familia		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
total autoestima	SI	65	32.03	4.572	.567
	NO	32	32.91	4.230	.748
Sat. con la vida	SI	65	20.14	4.042	.501
	NO	32	19.56	4.879	.862

Prueba T para muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
total autoestima	Se han asumido varianzas iguales	-.908	95	.366	-.875
	No se han asumido varianzas iguales	-.933	66.292	.354	-.875
Sat. con la vida	Se han asumido varianzas iguales	.616	95	.540	.576
	No se han asumido varianzas iguales	.577	52.585	.566	.576

4.8 Escolaridad y autoestima:

En referencia a la escolaridad y la autoestima de los adultos mayores de la muestra, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,881$) entre los grupos que tienen una escolaridad básica (primaria), media (secundaria) o superior (técnica o profesional) y la autoestima, por lo que la escolaridad no influye en la autoestima de los adultos mayores.

4.9 Escolaridad y satisfacción con la vida

Con referencia a la escolaridad y la satisfacción con la vida de los adultos mayores de la muestra, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,110$), entre los grupos de personas que tienen una escolaridad básica, una

escolaridad media, o una escolaridad superior y la satisfacción con la vida, de lo que se deduce que la escolaridad no influye en la calidad de vida de los adultos mayores.

ANOVA

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Sat. con la vida	Inter-grupos	4.836	2	2.418	.127	.881
	Intra-grupos	1785.907	94	18.999		
	Total	1790.742	96			
total autoestima	Inter-grupos	87.439	2	43.719	2.256	.110
	Intra-grupos	1821.654	94	19.379		
	Total	1909.093	96			

Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico
Autoestima	1	37	31.27	4.965	.816
	2	33	32.42	3.708	
	3	27	33.63	4.360	
	Total	97	32.32	4.459	
Sat. con la vida	1	37	20.22	3.720	.612
	2	33	19.70	4.355	
	3	27	19.89	5.117	
	Total	97	19.95	4.319	

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

5.1 Conclusiones

El objetivo general de la presente investigación fue buscar la relación que podría existir entre la autoestima y la calidad de vida de los adultos mayores, medidas con la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener.

A continuación se presentan los datos obtenidos en la investigación realizada a 97 adultos mayores, de los cuales 63 (65%) personas son mujeres y 34 (35%) son hombres, no institucionalizados, todos de la provincia de Santiago. La muestra estudiada varía en edades desde los 60 a los 87 años, donde el mayor número de personas se concentra en los 60 años (14 personas).

De este grupo de personas 44 (45,3%) son casados, 20 (20,6%) viudos, 18 (18,5%) divorciados y 15 (15,4%) solteros. La escolaridad encontrada es de: 37 (38,1%) personas con escolaridad básica, 33 (34%) personas con escolaridad media y 27 (27,8%) personas con escolaridad superior. Las 97 personas (100%) recibe un dinero mensual y 51 (52,7%) reciben un dinero mensual extra. En cuanto a la salud, 56 (57,7%) personas presentan una enfermedad crónica controlada y del total de la muestra, 65 (67%) personas viven con su familia y 32 (32,9%) viven solas.

Según la investigación realizada, 66 (68%) personas presentan una autoestima alta, 26 (26,8%) personas una autoestima media y 5 (5,15%) personas una autoestima baja. En cuanto a la satisfacción con la vida, 67 (69%) personas indicaron tener una alta satisfacción con sus vidas, 24 (24,7%) personas tenían una satisfacción mediana y 6 (6,18%) personas no estaban satisfechas con sus vidas, indicando una baja satisfacción. Podemos por lo tanto concluir, según estos resultados, que la mayoría de las personas que conformaron la muestra, presentó una autoestima alta y también una alta satisfacción con la vida.

- Autoestima y satisfacción con la vida

En referencia al análisis realizado sobre la influencia de la autoestima en la satisfacción con la vida de los adultos mayores, los resultados encontrados indican que las personas con autoestima baja presentan una satisfacción con la vida alta y media. Las personas

con autoestima media presentan una satisfacción con la vida alta, media y baja y las personas con una autoestima alta presentan una satisfacción con la vida alta, media y baja, por lo que se deduce que, independientemente de la percepción de autoestima que presente el adulto mayor, su satisfacción con la vida va a estar en cualquiera de los tres niveles lo cual indica que no hay una relación entre autoestima y satisfacción con la vida.

- Sexo en relación a la autoestima y la satisfacción con la vida.

En referencia al análisis de sexo con la autoestima de los adultos mayores se puede concluir que ambos sexos tienden a tener una autoestima alta, por lo que se ve que el ser hombre o ser mujer no influye en una mayor o menor autoestima. Lo mismo se puede decir de la satisfacción con la vida, que el ser hombre o mujer no influye en la satisfacción con la vida, ya que ambos sexos tienden a tener una alta satisfacción con sus vidas.

- Vivir en familia en relación a la autoestima y la satisfacción con la vida.

En relación al análisis realizado sobre vivir en familia y la autoestima de los adultos mayores, se concluye que tanto las personas que viven en familia como las que viven solas, tienden a tener una autoestima alta por lo que no influye el vivir sólo o en familia. Y la satisfacción con la vida que tienen las personas que viven solas y las que viven en familia es alta, por lo que cualquiera de las situaciones que se tenga, no va a influir en su satisfacción con la vida.

- Escolaridad en relación a la autoestima y la satisfacción con la vida.

En cuanto a la influencia de la escolaridad en la autoestima, el resultado indica que, tanto las personas con escolaridad básica, escolaridad media o con estudios superiores poseen una autoestima alta, por lo que podemos decir que la escolaridad no influye en la autoestima de los adultos mayores de esta muestra. En cuanto a la satisfacción con la vida, podemos decir que estas personas mayores tienen una alta satisfacción con sus vidas, no importando la escolaridad que hayan tenido, por lo que la escolaridad no influye en su satisfacción vital.

Sin embargo, en estos resultados llama la atención una disonancia entre las respuestas recibidas y las investigaciones realizadas por instituciones prestigiosas, como por ejemplo, las llevadas a cabo por la Universidad Católica y la Caja de Compensación Los

Andes. En el año 2007, el estudio realizado por ellos sobre calidad de vida, indicó que los adultos mayores con más escolaridad mostraban una mayor satisfacción con la vida por tener mayores ingresos, lo que no se ve reflejado en la muestra estudiada en esta investigación, ya que algunas personas que presentan muy poca escolaridad dicen tener una alta satisfacción con sus vidas.

Según este mismo estudio realizado posteriormente en los años 2010 y en el 2013, se concluye en el primero, que la salud es uno de los factores claves para calificar la calidad de la vida y que las personas con estudios superiores tienden a tener una mejor salud que las personas que solamente cuentan con estudios básicos y por lo tanto, tienen una mayor satisfacción con la vida. En el estudio realizado posteriormente, año 2013, se vuelve a reflejar la escolaridad como uno de los factores claves para la satisfacción con la vida, no viéndose estas dos variables reflejadas en la presente investigación, ya que no hay ninguna relación entre la escolaridad y la satisfacción con la vida ni tampoco entre la escolaridad y la autoestima. Tanto las personas con escolaridad básica, media o superior gozaban de una alta, mediana o baja auto estima y una alta, mediana o baja satisfacción con sus vidas.

En el estudio realizado por Puig en Barcelona, España, en el año 2011, se concluye que la satisfacción con la vida es mayor cuando se está acompañado y se tiene buena salud, factores que en la presente investigación no aparecen como relevantes para esas variables: el vivir sólo o en familia no influye en la satisfacción con la vida ni en la autoestima.

5.2 Discusión

¿Influye la autoestima en la calidad de vida de los adultos mayores?, A pesar de los estudios que existen sobre adultos mayores, calidad de vida, autoestima y otros, la presente investigación no encontró una relación entre estas dos variables: la autoestima no influye en la calidad de vida de los mayores de esta muestra.

Sin embargo, que el resultado de esta investigación no concuerde con algunas de las variables investigadas en otros estudios, puede deberse a que las respuestas podrían llevar algún elemento de deseabilidad social y no ser del todo reales y acaso ser el motivo por lo que la presente investigación no haya encontrado una correlación entre las

dos variables en estudio. Según el protocolo, el encuestador debe permanecer presente mientras se contestan los instrumentos y en algunas ocasiones, el encuestador debió ayudar a algún adulto mayor en la correcta colocación de las respuestas en los tres instrumentos utilizados y aunque la encuesta era anónima, el encuestador recibía personalmente los instrumentos contestados y algunas personas le comentaban las respuestas entregadas, por lo que podría haber un sesgo por la presencia del investigador. También en futuros trabajos, podrían realizarse investigaciones cualitativas para medir estas dos variables ya que se pudo constatar que los adultos mayores son muy comunicativos cuando se trata de narrar sus experiencias de vida.

En los datos obtenidos en esta investigación, sobre la autoestima de los adultos mayores y su influencia en la percepción de su calidad la vida, se observa que, aunque no hay una relación entre estas dos variables ni se influyen mutuamente, podemos constatar sin embargo, que tanto la autoestima como la satisfacción con la vida, tienen una alta puntuación, por lo que, aun sin saber si antes también estos puntajes eran elevados, se puede apreciar que los continúan manteniendo altos hasta la edad avanzada. Estos altos niveles pueden deberse a que las personas entrevistadas, aún las de edad más avanzada, eran saludables, física y anímicamente y la mayoría tenía una actividad extra, la cual era remunerada, por lo que el bienestar puede verse favorecido por esas razones y las enfermedades crónicas que padecen, al estar controladas, no presentan una baja en su autoestima ni en su satisfacción con la vida.

La alta autoestima y satisfacción con la vida encontrados, concuerda con los estudios realizados por Atchley (2000) (citado en Larrea, 2014) y nombrados anteriormente, en los cuales se ha encontrado que la mayoría de los adultos mayores cuentan con un sentido positivo de sí mismos y de sus experiencias pasadas, las que les brindan un sentimiento de satisfacción, que no disminuye por el hecho de envejecer. También concuerda con lo que dice Brim (1988), en el mismo estudio, que la mayoría de las personas cuentan con recursos suficientes como para mantener una percepción positiva de su vida en la vejez.

A pesar de estos resultados alentadores sobre la alta autoestima y la satisfacción con la vida en las personas de esta muestra, la visión que se tiene hoy en día sobre los adultos mayores, que son en su mayoría enfermos y achacosos, continúa estando presente aunque está lejos de la realidad. Se debe promover la valoración de los mayores, darles

un espacio en la sociedad de manera que se logre obtener una real percepción de ellos como personas activas y no pasivas. Ser pasivo es dejar que los demás actúen, no tener ninguna participación en lo que sucede a su alrededor, implica la idea de apatía, desinterés, dependencia, inactividad, en otras palabras, sentarse a esperar que llegue la muerte. La realidad de los adultos mayores del siglo XXI, dista mucho de ese modelo de paradigma, como se ha podido observar en esta investigación.

La edad avanzada no conlleva, necesariamente el menoscabo de la motivación para realizar actividades, ya sean laborales, académicas, sociales o familiares. Los adultos mayores, a pesar de todas las pérdidas, las disminuciones y los impedimentos que significan llegar a una edad avanzada, logran ir adaptándose a estos cambios en la medida que van apareciendo paulatinamente en su cotidianidad. El trabajo productivo después de los 60 años puede ser considerado como un elemento positivo en la vida de los mayores ya que provee de una razón para seguir siendo parte de la sociedad, la cual deberá irse preparando para los cambios que se vienen con la nueva demografía.

Felizmente, la idea que se tiene sobre la vejez está siendo gradualmente cambiada, gracias a todos los estudios que se están haciendo sobre este grupo etario, fortaleciéndose la idea de una vejez cada vez más longeva y exitosa. Estos estudios son la base para los programas gubernamentales dedicados a mejorar la vida de los adultos mayores. Estos programas podrían comenzar durante la época anterior a la jubilación realizando difusión y recomendaciones para preparar a los adultos que aún están en sus trabajos, cómo vivir a futuro un proceso de envejecimiento exitoso, enriqueciendo y potenciando sus capacidades para así mantenerse integrados al quehacer del país. Los adultos mayores serán un gran aporte, por su experiencia, por sus conocimientos y porque con su longevidad podrán seguir trabajando por el bien común de la sociedad y por el propio, durante largo tiempo.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS

- Asamblea mundial sobre el envejecimiento (1982). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Viena, Austria. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-08_plan-accion-envejecimiento-viena-1982.pdf
- Barrientos, V. Fiedler, T. Godoy, A. (2011). *Estudio comparativo de percepción de calidad de vida entre adultos mayores de Valdivia que participan y no participan en las actividades de ocio y tiempo libre*. Tesis para optar al grado de licenciado en enfermería. Recuperado el 15 Junio del 2016 de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmb275e/doc/fmb275e.pdf>
- Barros, C. Burmester, M. Camus, L. Deves, M. Falsenhardt, C. Forttes, A. Lange, I. Marin, P. Stehr, G. Zegers, B. (1990). *Viva la Vida, Un nuevo tiempo para el adulto Mayor*. Pontificia Univ. Católica de Chile, Vicerrectoría Académica, Dirección de Educación a Distancia, TELEDUC, 1990, Chile.
- Bonet, V. (1997). *Se amigo de ti mismo, Manual de autoestima*. Editorial sal terrae. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de <http://www.cpalsj.org/wp-content/uploads/2014/08/11CPM1T2-Bonet-1997-Se-amigo-de-ti-mismo.pdf>
- Buendía, J. (2010). *Gerontología y salud*. España. editorial biblioteca nueva.
- Bueno, B., & Buz, J (2006). “*Jubilación y tiempo libre en la vejez*”. Madrid, Portal Mayores n°65. Recuperado el 25 de Mayo del 2016 de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>
- Canto, H., & Castro, E. (2004). *Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Enseñanza e investigación en psicología. Universidad del mayab*. Vol. 9, n°2. Pp. 257-270. Recuperado el 02 de Mayo del 2016 de <http://www.redalyc.org/html/292/29290204/>

- Carbajo, M. (2008). *La historia de la Vejez*. Universidad de Valladolid. Ensayos (18), 237-254. Recuperado el 17 de Mayo del 2016 de http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_12.pdf
- Castellano. J. (2002). *Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el hospital geriátrico san Isidro de Manizales. Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de magister en educación y desarrollo humano*. Universidad de Manizales, Colombia. Recuperado el 15 de junio del 2016 de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20130404070013/TJulialbaCastellanos.pdf>
- Centro cultural de hispano hablantes (2009). Recuperado el 13 de Junio del 2016 en <http://www.hispanohablantes.nl/carolina/Autoestima.html>
- Díaz, C. (2013). *Mitos y estereotipos sobre la vejez*. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de <http://www.cvirtual.org/blog-post/mitos-y-estereotipos-sobre-la-vejez>
- El Mercurio, (2016). *OMS dice que Chile tiene la mayor esperanza de vida de América Latina*. Diario el mercurio. Recuperado el 19 de Mayo del 2016 de <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2016/05/19/803545/OMS-dice-que-Chile-tiene-la-mayor-esperanza-de-vida-de-America-Latina.html>
- Francke, L. Gonzalez, B. Lozano. L. (s/f). *Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual*. Ama y trasciende, A.C. recuperado el 07 de Julio del 2016 de <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/12/PAPER-INV-AMA-Y-TRASCIENDE-...pdf>
- González, E. (2002). *Psicología del Ciclo Vital*. 3ª Edición. Editorial CCS, Madrid.
- Hernández, E. (2009). *Creciendo como seres humanos y aprendiendo a ser felices*. Revista Neurofelicidad. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de <http://www.e-neurocapitalhumano.org/shop/detallenot.asp?notid=426>

- Hernandez, R. Fernandez, C. Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill.
- Instituto nacional de estadísticas Chile. (2016). *Cantidad de Habitantes en la provincia de Santiago*. Ine, Chile. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de <http://www.ine.cl/>
- Izquierdo. A. (2005). *Psicología del desarrollo de la edad adulta teorías y contextos*. Revista complutense de educación (vol. 16). Pp 601- 619. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0505220601A/15990>
- Larrea, S. (2014). *Herramientas al alcance del ser humano para afrontar la vejez*. Trabajo libre para obtener el diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de educación continua y a distancia, México. Recuperado el 15 de Junio del 2016 de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/171%20herramientas.pdf>
- Mackay, M., & Fanning, p. (1991). *Autoestima, Evaluación y mejora*. Editorial Martínez roca. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de <http://www.academia.edu/4102005/Mckay-Matthew-Autoestima-Evaluacion-Y-Mejora>
- Marín, P. (2002). *Manual de geriatría y gerontología*. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Martínez, M. (2005). *Teorías del envejecimiento*. Recuperado el 05 de Mayo del 2016 de https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf
- Martínez, O. (2010). *La autoestima*. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de <https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/11/la-autoestima.pdf>

- Merchán, E., & Cifuentes. R. (2005). *Teorías históricas acerca de la vejez*. Pág 1-9. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf
- Oddone, M. (2013). *“Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo”*. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 4. Recuperado el 28 de Mayo del 2016 de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>
- Ortiz, J., & Castro. M. (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia*. Contribución de enfermería. Ciencia y enfermería. Pp. 25- 31. Recuperado el 01 de julio del 2016 de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>
- Osorio, P. Torrejón, M. Anigstein, M.(2011). *Calidad de vida en personas mayores en Chile*. Revista mad, Universidad de Chile (nº24). Pp. 61- 75. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2007). *Chile y sus mayores: Resultados primera encuesta nacional calidad de vida en la vejez 2007*. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de <http://adulthood.uc.cl/encuesta-calidad-de-vida.php>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2010). *Chile y sus mayores: Resultados Segunda encuesta nacional calidad de vida en la vejez 2010*. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de http://www.senama.cl/filesapp/ChileYsusMayores_EncuestaCalidaddeVida.pdf
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2013). *Chile y sus mayores: Resultados tercera encuesta nacional calidad de vida en la vejez 2013*. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de <http://www.senama.cl/filesapp/Chile%20y%20sus%20mayores%202013,%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida.pdf>

- Puig, M. Rodríguez, N. Farras, J. Lluch, M. (2011). *Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria*. Revista latino-Am. Enfermagem. Pp. 1-8. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_04.pdf
- Ramirez, M., & Lee, Sau-Lyn. (2012). *Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años*. Revista de la universidad Bolivariana. Vol. 11, n° 33. Pp. 407- 427. Recuperado el 14 de julio del 2016 de <http://www.scielo.cl/pdf/polis/v11n33/art20.pdf>
- Rojas, C. Zegers, B. Forster, C. (2009). *La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores*. Revista médica de Chile. Pp. 791-800
- Rojas, P. (2013). *Influencia del programa de voluntariado de adultos mayores en su nivel de bienestar. Caso 'asesores seniors' en la región metropolitana*. Periodo primer semestre 2011. Tesis para optar al grado académico de licenciado en trabajo social. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1186/ttraso%20407.pdf?sequence=1>
- Ruiz, J., & Torres, C. (2015). *Relación entre la percepción de la funcionalidad familiar y el rendimiento académico en estudiantes de octavo básico*. Universidad Miguel de Cervantes. Santiago de Chile.
- Sanduvete, S. (2004). *Calidad de vida en las personas mayores*. Colegio oficial de psicología de Andalucía occidental y universidad de Sevilla, apuntes de psicología (vol. 22), pp. 277-288. Recuperado el 05 de julio del 2016 de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/56/58>
- Santiesteban, I. Pérez, M. García. N. (2008). *Teorías y cambios del envejecimiento*. Facultad de ciencias medicas, correo científico médico de

Holguín. Vol.12. recuperado el día 26 de julio del 2016 de <http://www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125rev3.pdf>

- Schalock. R. & Verdugo. M. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Revista española sobre discapacidad intelectual (vol. 38). Pp. 21-36. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de https://www.researchgate.net/publication/39585055_El_concepto_de_calidad_de_vida_en_los_servicios_y_apoyos_para_personas_con_discapacidad_intelectual
- Senama (2016). *Revista Mayores de Chile*. N°1. Santiago de Chile.
- Servicio Nacional del adulto mayor (2016, Abril). *Revista Mayores de Chile*. Senama, n°1, pág 14.
- Universidad de Chile (2009). *Inclusión y exclusión social del adulto mayor en Chile*. Recuperado el 15 de junio de 2016 http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122257/Inclusion_y_exclusion_social_del.pdf?sequence=1
- Válek, M. (2007). *Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de educación superior*. Recuperado el 01 de Julio del 2016 de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011b/971/>
- Veenhoven, R. (1994). *El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención psicosocial*. Vol. 3. Pp. 87-116. Recuperado el 6 de julio del 2016 de <http://repub.eur.nl/pub/16195/>
- Villavicencio. I. Rivero, R. (2011). *Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la sociedad pública de beneficencia de Lima metropolitana*. Universidad Alas Peruanas. Recuperado el 15 de Junio del 2016 de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/422/326>

- Zavala, M. Vidal, D. Castro, M. Quiroga, P. Klassen, G. (2006). *Funcionamiento social del adulto mayor*. Ciencia y enfermería (nº2). Pp 53-62. Recuperado el 07 de Julio del 2016 de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

ANEXOS

ANEXO A: Consentimiento Informado

Soy tesista de la escuela de Psicología de la Universidad Miguel de Cervantes, me encuentro realizando una investigación sobre la influencia de la autoestima en la calidad de vida adultos mayores. Los antecedentes que se obtengan serán de uso exclusivamente académico. Los resultados serán utilizados para reconocer la influencia de la autoestima en la calidad de vida de los adultos mayores.

Su participación es muy importante para esta investigación, será absolutamente confidencial y voluntaria. Esta consiste en responder cada uno de los ítems del cuestionario adjunto con absoluta franqueza. Le recordamos que sus respuestas serán totalmente anónimas y serán utilizadas solo para alcanzar los objetivos de esta investigación.

Si acepta participar le solicitamos por favor completar los siguientes datos, sin mencionar su nombre.

1- Edad: _____

2- Sexo: _____

3- Estado civil: _____

4- Escolaridad: _____

5- Recibe algún dinero mensual: _____

6- Tiene alguna actividad extra remunerada: _____

7- Tiene alguna enfermedad crónica: _____

8- Vive con su familia: _____

Puede hacer preguntas las veces que quiera y en cualquier momento. Además, si decide que no quiere terminar el cuestionario, puede parar cuando quiera. Nadie puede enojarse o enfadarse con usted si decide que no quiere continuar. Recuerde, que estas preguntas tratan sobre lo que usted percibe. No hay respuestas correctas (buenas) y tampoco incorrectas (malas).

Le agradezco su participación en la investigación

ANEXO B: Escala de Autoestima de Rosenberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

N°	Preguntas	A	B	C	D
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 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 mi mismo.				
7	En general estoy satisfecho de mi mismo.				
8	Desearía valorarme más.				
9	A veces me siento verdaderamente inútil.				
10	A veces pienso que no sirvo para nada.				

ANEXO C: Escala de Satisfacción con la Vida

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (solo uno por afirmación). Por favor, sea sincero en su respuesta.

		Muy en desacuerdo		neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea					
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas					
3	Estoy satisfecho con mi vida					
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes					
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada					