



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Título:**

SOLEDAD Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN  
NURTAC, MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DURÁN.

**En opción al título de Psicóloga**

**Autoras:**

ASHLY CAROLINA CASTELLO NAVARRETE  
DOMÉNICA STEPHANIA TOALA QUIJIJE

**Tutora:**

PS. ILEANA ÁLVAREZ MOLINA MSC.

**GUAYAQUIL, MARZO DEL 2019**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico primordialmente a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto de mi carrera, por haberme brindado fuerzas - salud y para cumplir con uno de mis objetivos de vida.

A mi abuela Odalia Villafuerte por ser el principal pilar en mi vida, por su infinito amor y apoyo que me brinda constantemente.

A mi madre Rocío Navarrete por ser un fiel ejemplo de perseverancia y constancia.

A mis tías Andrea y Wendy Navarrete por el apoyo que me han brindado a lo largo de la carrera y los consejos que me han dado.

A mis amistades más próximas por estar presentes, animándome cuando veía que el mundo se me acababa y el apoyo moral a lo largo de mi vida.

A las docentes que nos han tutorado, ya que nos han apoyado y han podido hacer que culminemos con éxito nuestro trabajo, además, que nos han compartido de su conocimiento y nos han brindado consejos para nuestra futura vida laboral.

**~ Ashly Castello ~**

A Dios por ser mi fortaleza espiritual y por permitirme conocer personas que me brindaron enseñanzas promoviendo mi crecimiento personal.

A mis padres, Ana y Enrique, por su amor, apoyo incondicional y dedicación porque en el cumplimiento de mis metas profesionales y académicas, les resté mi compañía.

A mi hermano Freddy por siempre creer en mí, ser mi guía y mi cómplice.

A mi abuela Cruz y a mi tío Miguel porque fueron mi luz y ahora son mis estrellas.

A Brian, mi mejor amigo, por su cariño y respaldo en momentos difíciles.

A mis amistades cercanas, quienes en el transcurso de este proceso de crecimiento académico y personal me brindaron su tiempo y consejos, porque en tempestad fueron luz.

A mis docentes, en especial a quienes depositaron en mí su confianza y me han acompañado durante este camino de formación.

**~ Doménica Toala ~**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios le damos infinitas gracias por habernos permitido llegar hasta este punto de nuestras vidas, culminarlo con mucho éxito y alegría.

A nuestra querida Universidad de Guayaquil y Facultad de Ciencias Psicológicas, por la formación brindada con excelentes docentes, que fueron parte fundamental en nuestro desarrollo, ayudando a plantearnos firmes objetivos para nuestro futuro.

A nuestra tutora de tesis Msc. Ileana Álvarez Molina, por su excepcional acompañamiento y calidad humana, revistiéndose de paciencia y haciendo del proceso de titulación una experiencia gratificante.

A nuestra asesora metodológica PhD. Lianet Alonso, que con profesionalismo y su extraordinario carisma nos motivó y guio durante el proceso de titulación.

A nuestra directora de proyecto Msc. Lazara Velis, por su entrega total, dedicación, pero sobre todo su humildad y nobleza, brindándonos consejos desde el primer encuentro.

A nuestros familiares más cercanos y amigos, por sus buenos augurios, por motivarnos con palabras de confianza.

**¡El camino no fue fácil, pero lo hemos logrado!**



Universidad de Guayaquil

ANEXO 13

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**“SOLEDAD Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA  
FUNDACIÓN NURTAC, MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA EN  
DURÁN”**

**Autor:** Ashly Castello & Doménica Toala

**Tutor:** Ps. Ileana Álvarez Molina Msc.

**Resumen**

Debido al incremento de la población adulta mayor en Ecuador se realizan estudios científicos desde diferentes disciplinas. El presente estudio planteo determinar los tipos de soledad y la autoestima en adultos mayores. La metodología fue cuantitativa de tipo descriptivo, con corte transversal no experimental, la muestra fue de tipo no probabilística, de selección intencional, se conformó por 65 adultos mayores beneficiarios de la Fundación “NURTAC”, bajo la modalidad de atención domiciliaria en Durán. En los resultados, sociodemográficamente se evidenció prevalencia en la ausencia de pareja, pero conviven con otros familiares, estudios incompletos de educación primaria y escasa realización de actividades productivas. En cuanto a los tipos de soledad, existe predominio del nivel alto en el área conyugal, sin embargo, a nivel familiar y social un nivel medio. Por su parte, la muestra presenta no tener dificultades significativas en la autoestima, su tendencia puntúa un nivel medio. La fiabilidad de este estudio bajo el Alfa de Cronbach marca 0,838.

**Palabras Claves:** Adulto Mayor, Envejecimiento, Soledad, Autoestima, Cognitivo-Conductual.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**ESCUELA/CARRERA DE PSICOLOGÍA**  
**Unidad de Titulación**

---

**“LONELINESS AND SELF-ESTEEM IN OLDER ADULTS OF THE  
NURTAC FOUNDATION, HOME CARE MODALITY IN DURAN”**

**Author:** Ashly Castello & Doménica Toala

**Tutor:** Ps. Ileana Álvarez Molina Msc.

**Abstract**

Due to the increase of the older adult population in Ecuador, scientific studies are carried out from different disciplines. The present study proposed to determine the types of loneliness and self-esteem in older adults. The methodology was quantitative of a descriptive type, with a non-experimental cross-section, the sample was of a non-probabilistic type, of intentional selection, and was composed of 65 elderly beneficiaries of the “NURTAC” Foundation, under the modality of home care in Durán. In the results, sociodemographic evidence showed prevalence in the absence of a partner, but they coexisted with other relatives, incomplete studies of primary education and scarce performance of productive activities. As for the types of solitude, there is a predominance of the high level in the conjugal area, however, at the family and social level, a medium level. For its part, the sample presents no significant difficulties in self-esteem, its tendency points to a medium level. The reliability of this study under Cronbach's Alpha scores 0,838.

**Keywords:** Elderly, Ageing, Loneliness, Self Esteem, Cognitive-Behavioral.

## INDICE

DEDICATORIA .....	Pág 2
AGRADECIMIENTO .....	Pág 3
RESUMEN .....	Pág 4
ABSTRACT .....	Pág 5
INDÍCE DE TABLAS .....	Pág 8
INDÍCE DE GRÁFICOS .....	Pág 8
1. INTRODUCCIÓN.....	Pág 10
2. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	Pág 13
2.1. Envejecimiento .....	Pág 13
2.1.1. Envejecimiento poblacional .....	Pág 16
2.1.2. Modelos de envejecimiento .....	Pág 20
2.2. Soledad .....	Pág 22
2.2.1. Aproximaciones conceptuales de soledad .....	Pág 23
2.2.2. Tipos de Soledad .....	Pág 27
2.2.3. Factores Asociados a la soledad en el adulto mayor .....	Pág 29
2.2.4. Efectos de la soledad en el adulto mayor .....	Pág 32
2.3. Autoestima .....	Pág 35
2.3.1. Definición de autoestima .....	Pág 35
2.3.2. Componentes de la autoestima .....	Pág 36
2.3.3. Condiciones básicas para la autoestima .....	Pág 37
2.3.4. Dimensiones de la autoestima .....	Pág 38
2.3.5. Niveles de autoestima .....	Pág 39
2.3.6. Tipos de autoestima .....	Pág 40
2.3.7. Causas de la baja autoestima .....	Pág 42

2.3.8. Importancia de la autoestima en el adulto mayor .....	Pág 42
<b>3. CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>Pág 44</b>
3.1. Situación problemática y formulación del problema de investigación .....	Pág 44
3.2. Objetivos .....	Pág 45
3.2.1. Objetivo General .....	Pág 45
3.2.2. Objetivos Específicos .....	Pág 45
3.3. Perspectiva general y tipo de investigación .....	Pág 46
3.4. Preguntas de Investigación .....	Pág 46
3.5. Definición de las variables .....	Pág 47
3.6. Población y muestra .....	Pág 49
3.7. Métodos, técnicas e instrumentos .....	Pág 51
3.8. Procedimientos .....	Pág 54
<b>4. CAPÍTULO III: ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>Pág 56</b>
4.1 Análisis de resultados .....	Pág 56
4.2. Discusión de resultados .....	Pág 64
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>Pág 68</b>
<b>6. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>Pág 69</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>Pág 71</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>Pág 80</b>
Anexo A	
Anexo B	
Anexo C	
Anexo D	
Anexo E	

## INDÍCE DE TABLAS

Tabla 1: Tabla Cruzada entre Soledad Familiar y Sexo .....	Pág 59
Tabla 2: Tabla Cruzada entre Soledad Conyugal y Sexo .....	Pág 60
Tabla 3: Tabla Cruzada entre Soledad Social y Sexo .....	Pág 62
Tabla 4: Tabla Cruzada entre Niveles de Autoestima y Sexo .....	Pág 64
Tabla 5: Estadísticas de Fiabilidad .....	Pág 87

## INDÍCE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentaje de la Población desde 1900 a 2100 .....	Pág 87
Gráfico 2: Diez países más envejecidos según la OCDE .....	Pág 87
Gráfico 3: Aceleración del envejecimiento mundial en las próximas décadas .....	Pág 88
Gráfico 4: Porcentaje de la Población en Ecuador desde 1900 a 2100 .....	Pág 88
Gráfico 5: Personas Adultas Mayores en Ecuador por Sub grupo etarios .....	Pág 89
Gráfico 6: Distributivo de la población adulta mayor en Ecuador por regiones .....	Pág 89
Gráfico 7: Provincias que tienen mayor cantidad de personas adultas mayores .....	Pág 89
Gráfico 8: Datos sociodemográficos – Sexo .....	Pág 56
Gráfico 9: Datos sociodemográficos – Edad .....	Pág 56
Gráfico 10: Datos sociodemográficos – Relación de pareja .....	Pág 57
Gráfico 11: Datos sociodemográficos – Nivel de educación .....	Pág 57
Gráfico 12: Datos sociodemográficos – Actividad productiva .....	Pág 58
Gráfico 13: Datos sociodemográficos – Convivencia .....	Pág 58
Gráfico 14: Soledad Familiar .....	Pág 59
Gráfico 15: Soledad Conyugal .....	Pág 60
Gráfico 16: Soledad Social.....	Pág 61
Gráfico 17: Niveles de autoestima .....	Pág 63

*"El futuro no es un lugar donde estemos yendo, más bien es un lugar que estamos creando; el camino para él no es encontrado, sino construido, y el acto de hacerlo cambia tanto al realizador como al destino."*

**- John Schaar -**

Profesor y teorizador político americano

*"Al envejecer, la salud y la longevidad dependen en un 25% de aspectos físicos y en un 75% de aspectos conductuales."*

**-Dra. Rocío Fernández-Ballesteros-**

Doctora y Especialista en Psicología clínica

## 1. INTRODUCCIÓN

Los países se encuentran cursando una transición hacia sociedades más viejas, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud es el resultado de una población con un ritmo de envejecimiento acelerado, más que la del siglo pasado. La universalización del descenso de la mortalidad en todas las edades, promueve el aumento de la esperanza media de vida, sumado a este fenómeno se registra el descenso de la fecundidad. Lo que constituyen razones evidentes para el incremento de la población de más de 65 años, y aún mayor de 80 años en los próximos tiempos. De esta manera, estudiar la población adulta mayor y sus tópicos subyacentes se tornan de interés social. (OMS, 2018)

Desde la Psicología, se ha contribuido al estudio del envejecimiento, evidencia que muestra al adulto mayor como el principal actor de su vida, por ende, de su proceso de envejecimiento, donde juegan un papel importante las condiciones psicológicas y comportamentales. Entre ellas el aprendizaje obtenido en los años de vida, la implicación social y los pensamientos positivos, desde la percepción que le ha permitido mantener el control de sus emociones y decisiones, tal como lo refiere (Fernández Ballesteros, 2007).

De esta forma se conoce que la vejez, como ciclo inevitable de la condición humana y etapa final del desarrollo, está impregnada por múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden obstaculizar su satisfactorio progreso. La presencia más notoria de estos cambios empieza a partir de los 60 o 65 años de edad (Fernández-Ballesteros, 2007).

Los cambios biológicos y físicos generalmente están asociados a la textura de la piel, oído, vista y articulaciones. Los psicológicos, influyen en diversas esferas del comportamiento, que a su vez determinan la manera de desenvolverse de las personas dentro de la sociedad y las múltiples relaciones con otros individuos de distintos grupos. En esta etapa es más frecuente que se presenten crisis de identidad, autonomía y pertenencia, que pueden afectar la autoestima del adulto mayor. (Barrera & Algarín, 2017)

Con lo antes expuesto, se presentan también cambios familiares, laborales y sociales que pueden suscitar limitaciones. Sin embargo, estos no se dan únicamente por la reducción de sus capacidades, sino por las nuevas exigencias del entorno, (Rojas, 2017).

Por otro lado, aspectos relacionados a sentirse desplazados, las condiciones económicas precarias que los llevan a convertirse en individuos dependientes, pueden provocar en ocasiones, sentimientos de soledad en diversas áreas

(familiar, social, conyugal) o generar una crisis existencial. (Cardona, Villamil, Henao & Echeverri, 2013)

Para (Cardona, et al., 2013) la soledad es una experiencia subjetiva que se produce por diversas causas en los adultos mayores. Se percibe como negativa y va acompañada a su vez por tristeza, malhumor y ansiedad. En ocasiones puede sentirse como una autentica muerte social, es decir, cuando el adulto mayor se cuestiona su existencia en el mundo.

En este sentido, la Fundación “Nuevo Rumbo de Trabajadores Artesanales Comunitarios “NURTAC”, una organización sin fines de lucro, que trabaja con individuos de sectores marginales y de extrema pobreza, ejecuta por medio de los convenios que realiza con el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el desarrollo de proyectos de labor social; entre los que se encuentra el programa de atención a adultos mayores, en sus diferentes modalidades: espacios alternativos, centro diurno y visitas domiciliarias, siendo la última, seleccionada como medio para el levantamiento de la información del presente estudio.

Como parte de la formación, se requiere de la ejecución de actividades vinculadas con la sociedad y en este sentido, se pudo identificar fenómenos de gran interés en relación con la población de adultos mayores en varios sectores del cantón Durán.

En el desarrollo de las visitas domiciliarias, se evidenciaron aspectos, tales como: dificultad para mantener relaciones sociales, lo que ha llevado a que muchos de los beneficiarios experimenten sentimientos de vacío y tristeza. Se observó escasa integración en las actividades planificadas por los técnicos de la fundación, en algunos casos sus respuestas se encontraban condicionadas por “no sentirse útiles”. Además, excesiva ansiedad y preocupación por aspectos referentes a la percepción que tienen de sí mismos.

En la misma línea, experimentan sentimientos de incompetencia, duras críticas de familiares o amistades próximas al círculo de interacción frecuente. Pasan más tiempo solos que acompañados en sus casas, debido a la pérdida del conyuge. En otros casos, habitan solos y/o sus familias no los visitan de manera periódica, lo cual promueve inseguridades emocionales, expresando “no encuentran razones para vivir”.

Por otra parte, se pudo evidenciar que, en su gran mayoría, son abuelos con rol de cuidador, por lo que su actividad productiva resultaba escasa. El no poseer sistemas de seguridad en las casas y los bajos recursos económicos, provocaban que se torne difícil el desplazamiento para participar en las demás

modalidades que propone la Fundación “NURTAC” en su programa, como la atención a centros diurnos y espacios alternativos.

El amplio campo del adulto mayor es investigado por diversas disciplinas, no obstante, en relación al tema es escasa la bibliografía científica actualizada y aún menos contextualizada en la realidad ecuatoriana, donde la creciente demanda exige nuevo contenido científico, razón por lo cual resulta el interés y novedad de la problemática. Se planteó como objetivo, determinar los tipos de soledad y los niveles de autoestima en adultos mayores beneficiarios de la Fundación “NURTAC”, modalidad atención domiciliaria en Durán, ejecutando su abordaje desde la perspectiva cognitiva-conductual.

La investigación ha sido realizada desde el paradigma cuantitativo, en base a un diseño no experimental, de corte transversal con un alcance descriptivo. La muestra estuvo conformada por 65 adultos mayores, se constituyó por medio de un muestreo no probabilístico, de selección intencional, en correspondencia al diseño de criterios de inclusión y exclusión del estudio.

## 2. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1. Envejecimiento

La vejez es una fase en la vida y el envejecimiento un proceso que acontece dentro del ciclo vital. La vejez tanto como el envejecimiento, son objetos de comprensión multidisciplinaria, debido a que el ser humano es un ente biopsicosocial. Por consiguiente, el envejecimiento o adulto mayor es un sujeto de conocimiento psicológico. (Fernández Ballesteros,2007)

Para (Alvarado & Salazar, 2014), envejecer es concebido como una realidad desde el día que se nace. No obstante, (Fernández Ballesteros, 2007) indica que, a pesar del conservadurismo del declive, su forma de pensamiento tiene especiales elementos, aquellos favorables en el funcionamiento intelectual. De este modo, la sabiduría ha surgido como un novedoso constructo, sujeto a indagaciones científicas postulándose que pudiera ser un atributo de mayor probabilidad en la etapa de la vejez.

Sin embargo, el llegar a ser adulto mayor se ve marcado por sucesos distintivos de la edad: enfermedades crónicas, jubilación, adquisición de nuevos roles (abuelos), defunciones de familiares o la cercanía a muerte. Su desarrollo es entonces, diferente a las de otras épocas. (Martin y Kliegel, 2004 citado por Izquierdo et al., 2007)

Así mismo, son importantes los cambios que consideran las características de cada individuo o grupo: el influjo de la experiencia y del propio historial, idea de que la historia pasada es un concluyente decisivo de la conducta actual, donde lo que ocurrió alguna vez conmocionándole debe continuar afectándole interminablemente. (Ellis,1994)

Además, el prolongado hábito en criterios cognitivos y conductuales o el efecto de diversos contextos educativos, sociales, entre otras más, que componen una lista de variables decisivas (Izquierdo et al., 2007).

Es así que, cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto, un temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos, frente a lo que significa este proceso normal, que hace parte del ciclo vital. (Alvarado & Salazar, 2014)

Por tal razón, (Ellis & Lega 2002) citando a Ellis (1978) indican que, el surgimiento de los problemas psicológicos se deben a patrones o esquemas de un pensamiento irracional o falso, los cuales se hacen manifiestos mediante la

valoración que el individuo se atribuye a sí mismo. Es decir, se origina de los supuestos que el individuo tiene sobre el mundo y las vivencias cotidianas. Ante estos, los individuos tienen pensamientos, que activan emociones y ejecutan acciones. En esta evaluación cognitiva influyen factores personales y situacionales, como las creencias y el compromiso, (Gonzales & Padilla 2006).

De esta manera, las creencias según (Gonzales & Padilla 2006), se vuelven configuraciones cognitivas constituidas por aspectos culturales como individuales, con las que el individuo interpreta y otorga significados. Por otra parte, los compromisos se traducen, como la expresión de aquello que es importante para el individuo y que determina sus decisiones, influyendo en la exploración de opciones que el sujeto elige para conservar sus ideales o alcanzar sus objetivos.

En consecuencia, los aspectos psicológicos relacionados con el envejecimiento, son vistos desde modelos de origen cognitivo-conductual, debido a que suponen especial atención a las cogniciones. Entendiendo de manera más amplia los constructos personales, las ideas, las creencias y las atribuciones de sentido o significado. Además de promover que el sujeto sea capaz de transformar la manera de interpretación y valoración subjetiva de los hechos que vive, logrando que se estimule a éste, para que altere los esquemas de pensamiento confusos y se vea a sí mismo y al mundo de modo más realista y adaptativo. (Beck, 1993)

(Izquierdo et al., 2007) propone en relación a temas de envejecimiento, la revisión de “Teorías de crisis normativas”, que permitirán comprender las bases teóricas de los cambios esperados en esta etapa, además de sus distinciones y agregados a través del tiempo.

#### ▪ **Teoría de Havighurst (1948/1972)**

Para Havighurst, la tarea en la vejez será la adaptación a un cuerpo que se deteriora, y las pérdidas, donde se debe subsanar con mejores contactos sociales, tanto con los hijos, como con familiares o amigos. Otra esencial adaptación, según se refiere a la jubilación y su consecuente descenso de recursos económicos. El contexto histórico-social exige la tarea de adaptarse a los cambios de edad y de reafirmarse en la pertenencia al grupo de adultos mayores. Todo ello debe acompañarse de una gran flexibilidad en los cambios de roles a desempeñar, siendo lo más óptimo, potenciar los roles familiares.

#### ▪ **Teoría de Levinson (1986)**

Postula la teoría de la mitad de la vida, entre los 40-45 años, donde los individuos se preguntan sobre diferentes aspectos y valores de su propia vida y existencia, aquello que los perturba emocionalmente. En ese periodo se hace una revisión de todo lo vivido. Para el autor, el modo en que se aborden estas perturbaciones abrirá el paso a un envejecimiento sano.

- **Teoría de Peck (1968)**

Plantea cuatro conflictos en el desarrollo del envejecimiento:

**Estima de la sabiduría vs. estima de fuerza física:** Al empezar el declive de la salud y los problemas de resistencia, es indispensable que los individuos direccionen la mayor parte de su energía, antes requeridas actividades físicas hacia las mentales.

**Socialización vs. sexualización en las relaciones humanas:** Es el resultado de restricciones sociales y esperados cambios biológicos. Los cambios físicos pueden exigir al individuo rediseñar las relaciones con miembros de sexos opuestos y a dar predominio al compañerismo sobre la intimidad sexual.

**Flexibilidad emotiva vs. empobrecimiento emotivo:** La flexibilidad emotiva es capacidad de realizar ajustes en la etapa de madurez. Cuando las familias se separan, cuando los amigos abandonan y los intereses desisten de ser la médula de la vida, entonces se presenta un empobrecimiento emotivo.

**Flexibilidad vs. rigidez mental:** El individuo debe lidiar contra la tendencia a aferrarse a hábitos o desconfiar excesivamente de nuevas concepciones o ideas. En consecuencia, rigidez mental contribuirá a que el sujeto se deje dominar por los juicios y experiencias anteriores.

- **Teoría de Erickson (1986)**

La gran parte de las teorías de crisis normativa se fundamentan en las ocho etapas del hombre de Erikson, donde aborda el desarrollo humano, desde la infancia hasta la senectud. El conflicto, permite el paso de una etapa a otra superior. De esta forma si la "crisis" no se soluciona satisfactoriamente, continuará provocando dificultades y demandando energía.

En su teoría, Erickson plantea como última, la crisis de integridad del yo frente a desesperación, aquí se analizan los estadios anteriores, objetivos fijados, metas logradas y no alcanzadas, entre otras. El individuo entra en un proceso filosófico, direccionado a la espiritualidad, donde en algunos casos alcanza la sabiduría, además del fortalecimiento de las relaciones sociales, buscando así llegar a un

envejecimiento satisfactorio. Sin embargo, no todos alcanzan a experimentarlo por completo.

En este sentido, en el abordaje cognitivo conductual del presente estudio, se plantea la propuesta de Ellis aplicada a adultos mayores, para combatir los efectos de las crisis normativas, siendo esta la Teoría del ABC (Acontecimiento, Creencia, Consecuencia), sustento de la Terapia TREC (terapia racional emotiva conductual). Explica el proceso de los problemas emocionales, que parten de las ideas, pensamientos, sentimientos y comportamiento del individuo.

#### ▪ **Teoría del ABC (1986)**

La teoría se compone tres elementos: los acontecimientos (que se traducen en hechos), las creencias (siendo estas las ideas y concepciones elaboradas a lo largo de la vida de cada adulto mayor hasta su presente) y las consecuencias (reacción ante la acción):

**A:** Es el acontecimiento activador o situación, en ocasiones de naturaleza interna pensamiento, emoción, fantasía e imagen.

**B:** Se trata del sistema de creencias que contiene lo implícito del sistema cognitivo: filosofía de vida, esquemas, pensamiento y valores.

**C:** Resultado, consecuencia o reacción que se muestra ante el acontecimiento activados. Pueden ser de tipo: cognitivo o conductual y emocional.

Los tres elementos interactúan entre sí. El sistema de creencias, es el puente entre los extremos, que crean condiciones para que se produzcan consecuencias en ocasiones no tan deseables (Hernández & Sánchez, 2007). Su efectividad ha sido probada por (Mayorga, 2014) en su estudio, en el cual aplicó la terapia racional emotiva en adultos mayores con insuficiencia renal, cuyo objetivo radicaba en el fortalecimiento de la autoestima. El análisis de resultados muestra un aumento significativo en la autoestima, donde concluyó que su aplicación es propicia para este campo.

#### **2.1.1. Envejecimiento poblacional**

El envejecimiento poblacional según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, es un fenómeno macrosocial que alude al cambio en la estructura por edades de la población. Se trata de un proceso generalizado, aunque presenta distintos ritmos de avance según las características de cada sociedad. Su importancia radica en el impacto global que ha producido a nivel

mundial, donde, la esperanza de vida incrementa y la natalidad desciende. (CEPAL 2004)

Las Naciones Unidas, (2015) refiere: El "...12% de la población global, está integrada por adultos mayores, correspondiente a 901'000.000.000 de personas, cifra que está en aumento debido a caída de la natalidad. (...) En el 2050, se espera que este grupo etario represente el 22% de la población. (...) en 30 años se alcanzará un número de 2.100.000.000 de personas que sobrepasen los 60 años en poco más de 30 años habrá 2.100 millones de individuos con 60 años o más." (Véase en Gráfico 1)

Con el descenso de la mortalidad infantil y los planes preventivos de las enfermedades, se ha evidenciado un progreso en el campo de la salud, han promovido a que se incremente la esperanza de vida a edades de 82 y 84 años en los diez países con mayores tasas de envejecimiento. (Naciones Unidas, 2015)

La Organización para la cooperación y el desarrollo económico refiere que: "...Japón, España, Suiza, Francia, Italia, Australia, Irlanda, Francia, Luxemburgo, Noruega y Suecia" serían los países más longevos, OCDE (2017). (Véase en Gráfico 2)

En referencia, al envejecimiento en Europa, siendo el continente con elevado porcentaje de población (24%), mayor de 60 años. En 2050, se pronostica que la población envejecerá de manera significativa, más de la cuarta parte, siendo África su excepción, Naciones Unidas (2015). (Véase en Gráfico 3)

Así, Naciones Unidas, (2015) indica: Entre "...el 2025 y el 2030, en América del Norte las proyecciones para Estados Unidos y Canadá revelarán cifras aún más altas con respecto a la edad, siendo 83,3 años para las mujeres y 79,3 años para los hombres. (...) Por otro lado, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80,7 años para las mujeres y 74,9 años para los hombres."

CEPAL (2014 ) refiere: "...Chile tendrá un 30,6% de población de adulta mayor, aproximadamente en el 2050, siendo en América Latina el segundo país con elevado porcentaje, únicamente antecedido con 38,4% por Cuba".

Por lo que refiere, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC (2010) en Ecuador, hay 15'836.841 millones de habitantes. Con certeza, se conoce que desde 1980, existe un aumento, donde el grupo etario de adultos mayores de 70 años alcanzó en 2015 un 9.9%, mientras que, en 1980, apenas 35 años antes, la proporción de este rango etario era de solamente el 6% de la población total. Se prevé que para el año 2030, el número de personas mayores

a 70 años sea de 14.5% y en 2050 de 21.8%. Naciones Unidas (2015) (Véase en Gráficos 4 y 5)

En este sentido, de acuerdo al último censo, la Subsecretaria de Atención Integral, refleja con datos precisos obtenidos del INEC (2010), donde refiere: "... existe alrededor de 1'229.089 adultos mayores (mayores de 60 años), a nivel regional; en la Sierra residen alrededor de 49% (458.069), en la Costa 48% (450.459), la mayor parte son mujeres en un 53%, en la Amazonia 3% (29.559), y la región Insular 0,1% (1.104)" (Véase en Gráfico 6).

En referencia al tema, se destaca que el 14,6% de viviendas de un nivel socioeconómico bajo está integrada al menos por un adulto que habita solo, información obtenido de los Registros Administrativos diciembre 2013 IESS, ISSFA, ISSPOL. Por su parte el (INEC, 2010) indica que, en la Sierra un 11% del grupo etario vive solo, en la región costanera viven solos en un 12,4%.

De forma general, en Ecuador los adultos mayores que habitan con alguien, con frecuencia suelen ser: hijos (49%), nietos (16%), o pareja sentimental (15%,). En el auto- reconocimiento étnico, prevalecen adultos mayores mestizos, seguidos por blancos y en tercer lugar indígenas. (INEC, 2010)

La esperanza de vida en el Ecuador va en aumento, años anteriores se estimaba los 48 años como edad base, en la actualidad va en aumento, siendo de 78 años para las mujeres y de 74 para los hombres, edades que van acrecentándose. INEC (2010) Siendo Manabí y Azuay las provincias que tienen mayor número de este grupo etario. En consecuencia, la población adulta mayor, en solo estas provincias supera los 90.000 habitantes. (Véase en Gráfico 7)

En virtud de ello, el envejecimiento poblacional ha producido una metamorfosis, no solo en la configuración social, cultural y económica de cada nación, sino además ha contribuido a alterar las diferentes esferas del adulto mayor, como la familia, salud, relaciones sociales y la economía. (Rodríguez & Valderrama, 2010).

Asimismo, juega un papel sumamente importante en la administración del sistema gubernamental, para la creación de las políticas públicas, ya que estos deben ajustarse a los intensificados cambios demográficos de la población, en vista de que repercutirán de manera importante. Por lo cual, es indispensable brindar atención y seguridad a esta población. (Cardona Jiménez et al., 2016)

El marco legal ecuatoriano promulga, a través de la extensión de las políticas internacionales, leyes que procuran el mantenimiento y conservación de los derechos de este grupo humano, así como la implementación de políticas a nivel

nacional, fundamentados en el respeto de los derechos, así como la consideración del valor de la población en proceso de envejecimiento.

En cuanto a las organizaciones y acuerdos de corte internacional, destaca, la Organización de las Naciones Unidas ONU (2013), refiere “la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, como seguimiento del año Internacional de las personas de edad. (...) La Organización de Estados Americanos, con su plan de trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (2013 - 2014)”. Por su parte, CEPAL (2010), con su propuesta estratégica, abordada desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, proyectada hacia una convención internacional sustentada en los derechos humanos de los adultos mayores.

En Ecuador, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social, se cuenta con instrumentos jurídicos, encabezados “...por la Constitución de la República, la Ley del Anciano, la Norma Técnica y la Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores”. MIES (2018)

El estado ecuatoriano, admite a los adultos mayores como portadores de derechos. La Constitución, (2008) refiere: “los artículos 36, 37 y 38, establecen, la gratuidad de la atención en salud, retribución en el trabajo en relación a las horas y las actividades realizadas, vivienda digna, jubilación universal, disminución de costos en el transporte, espectáculos y otros beneficios, exoneración del pago por costos notariales y registrales y régimen tributario de acuerdo con la ley, derecho al voto voluntario y ser asistidos por sus hijos/as cuando lo requieran” (cap. 3, s.1)

Así, en concordancia con al párrafo anterior, la ley del anciano de 1991, que ampara particularmente a este grupo etario, se ha visto en la necesidad de integrar reformas relacionadas a las leyes constitucionales, aportando entre algunos beneficios: exoneraciones de impuestos, disminución en las tarifas de transportes, alimentos, espectáculos, hogares de protección, salud, educación, tarifas de agua, luz y teléfono con el 50% de descuento. (MIES, 2018)

Por otro lado, (MIES, 2018) refiere la importancia del Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021, en su eje 1: derechos para todos durante toda la vida, en sus principales postulados:

- Generar capacidades y promover oportunidades en condiciones de equidad para todas las personas a lo largo del ciclo de vida.
- Garantizar la atención integral al adulto mayor, en los temas de: ampliación de la cobertura y especialización de los servicios de salud; pensiones no

contributivas; envejecimiento activo con participación intergeneracional, cuidado familiar o institucional, entre otros.

De esta forma, la ley de derechos y amparo al paciente, en especial el Art. 3; y la ley de seguridad social en la que se contempla la jubilación ordinaria de vejez y la jubilación por edad avanzada, finalmente, la ley contra la violencia a la mujer y a la familia que ampara con ciertas medidas a favor del agredido/a, aludiendo en este caso a los adultos mayores. (MIES, 2018)

En contexto, el Ministerio de Inclusión Económica y Social fomenta el cumplimiento y ejecución de las políticas establecidas en Ecuador, en beneficio del adulto mayor, planteados en 3 ejes:

- **Inclusión y participación social**, que considera a los adultos mayores como actores de progreso social.
- **Protección social**, fomentando la protección en relación a la prevención y reducción de la pobreza, exclusión social y vulnerabilidad.
- **Atención y cuidado**, a través de los servicios que propaguen un estado de bienestar, como; centros de salud, gerontológicos, entre otros.

En efecto, a través de las políticas públicas, se trata de garantizar que la población adulta mayor consiga envejecer con seguridad y dignidad, pero sobre todo se busca lograr una comprensión nueva sobre el envejecimiento y de esta forma siga integrándose en sus sociedades como sujetos que gozan de derechos. (MIES, 2018)

### **2.1.2. Modelos de envejecimiento**

En Ecuador, se considera al envejecimiento como una propuesta de ciudadanía activa, impulsa a mantener un envejecimiento positivo, que permita una gozar de salud y una buena calidad de vida, fomentando en ellos el trabajo colaborativo y el dinamismo, siendo este un trabajo multifactorial; familia, sociedad y estado. (MIES, 2018)

El panorama optimista del envejecimiento tuvo su difusión en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, convocada por las Naciones Unidas y celebrada en Madrid en el año 2002, donde las disputas sobre el envejecimiento se efectuaron con la definición de “envejecimiento activo”, su objetivo era la proximidad a una noción positiva de la vejez. (Huenchuan, 2011)

Esta propuesta se resume en conceptos como: envejecimiento activo, envejecimiento satisfactorio, envejecimiento productivo y envejecimiento

competente. El concepto más divulgado es el de envejecimiento activo. De esta manera, se hace la distinción entre envejecimiento patológico y envejecimiento normativo (Naciones Unidas, 2015).

El concepto del envejecimiento normal o normativo hace referencia desde la concepción más tradicional al llamado envejecimiento sin enfermedades, atribuyendo a estas principalmente a las crónicas, inversamente al envejecimiento patológico. Así, esta concepción puede emplearse en relación al grado de la salud objetiva y la satisfacción subjetiva, conforme cómo lleve su vida el adulto mayor. (Martínez, 2007)

(Lorente, 2018) indica la formulación de modelos que explican la nueva propuesta de envejecimiento desde miradas absolutistas y otras más integradoras que explican el fenómeno del envejecimiento.

- **Modelo de “Envejecimiento con Éxito” de Rowe y Kahn**

Concibe al envejecimiento con éxito en una conceptualización multidimensional, compuesta de 3 factores, vinculados de forma jerárquica; un potencializado funcionamiento cognitivo y físico, una fuerte responsabilidad con la vida y una escasa probabilidad de enfermar y de desarrollar discapacidad. (Petretto et al., 2016). Quienes que envejecen satisfactoriamente por lo general enferman de forma escasa. Por el contrario, se obtiene de ello ventajas, como un buen estado físico, cognitivo y por su puesto de participación social. Asimismo, los datos empíricos señalan que la ejecución de acciones productivas está influida por el nivel educativo, la capacidad funcional, el sentido de autoeficacia y su respuesta frente al estrés (Petretto et al., 2016).

- **Modelo de “Envejecimiento Activo”**

Desde esta propuesta teórica cuenta con “... 6 determinantes que prevalecen (servicios socio-sanitarios; entorno físico; entorno social; factores conductuales; factores personales; y factores económicos) en el envejecimiento activo y 3 factores claves (autonomía, independencia y calidad de vida)”. OMS (2002)

En contraste, se concluye que el éxito de un envejecimiento activo del éxito se trata del empoderamiento de las formas y estilos de vida saludables, que consideran las variables ambientes, permitiendo disminuir el riesgo de que el adulto mayor padezca enfermedades y por tanto desarrolle un envejecimiento patológico. (OMS, 2002)

- **Modelo de “Envejecimiento Saludable, Positivo y con Éxito” de Fernández Ballesteros**

Considerado como una perspectiva mucho más optimista, que trata de abordar la vejez, enfatizando las potencialidades y competencias de los adultos mayores, este modelo considera las aportaciones de los modelos anteriores (Triadó, 2018).

En referencia, para el concepto de envejecimiento activo se le atribuye una mirada multidimensional, aseverando cuatro criterios fundamentales, así Fernández Ballesteros, (2007) propone: “...las condiciones de salud, el funcionamiento físico y cognitivo óptimo, el afecto positivo y el control, y la participación social...”.

Se conocen muchos otros modelos que estudian el envejecimiento activo, planteados en los últimos años que, han aportado en la comprensión de predictores que conllevan al desarrollo estilos de vida mejorados en relación al envejecimiento. Sin embargo, la acumulación de teoría en referencia a este tema ha producido confusión, produciendo escasos de procesos eficaces desde la intervención a la hora de abordar el envejecimiento. (Lorente, 2018)

Existe una confusión conceptual que hoy en día sigue vigente. Una gran cantidad de críticas rodean los principios desarrollados por el modelo de Rowe y Kahn debido a los escasos de renovadas alineaciones, es así que, aun no se ha logrado llegar a una definición clara sobre envejecimiento activo y exitoso. Por lo que se busca que los próximos modelos integren no solo aspectos sociales y culturales, sino también los cognitivos, que permitan su comprensión desde enfoques teóricos mucho más integrador. (Petretto et al., 2016)

## **2.2. Soledad**

En la vejez aumenta el peligro de las restricciones impuestas por la presencia de enfermedades y la disminución de redes de apoyo, asociados a las crisis normativas relacionadas a la etapa del ciclo vital, tales como: nido vacío, viudez pérdidas significativas de personas cercanas, es así que los adultos mayores en comparación a los jóvenes, debido a que, poseen niveles bajos de bienestar subjetivo. (Quintero & Henao, 2015)

Para los mismos autores, la soledad en la vejez se puede manifestar como un indicador de riesgo que pueden evocar complicaciones en la salud mental, convirtiéndose en un estado que frecuentemente afecta al ser humano, agudizándose con más intensidad en los últimos años de vida, debido a las pérdidas que han sufrido al pasar el tiempo (Quintero & Henao, 2015).

### 2.2.1. Aproximaciones conceptuales de soledad

La soledad es un estereotipo adherido a la vejez, (Thomae, 2002). En las últimas décadas, los tópicos relacionados con la soledad en el adulto mayor se han traducidos de vital importancia, no solo por la mixtura de elementos que rodean al concepto, sino, porque este sentimiento se vincula directamente con el bienestar, aquel que es inherente a la condición humana. Siendo en la actualidad un problema de salud pública. (Cornachione, 2006)

Existe una relación importante e interesante entre envejecimiento y soledad (Buz, 2013), su impacto puede evidenciarse desde algunas perspectivas, las cuales abordan los cambios a nivel objetivo y subjetivo, que permiten dar una explicación de los comportamientos observados en la población adulta mayor (Lorente, 2018).

Como sucede en otros apartados psicológicos, la conceptualización de la soledad no es un trabajo fácil. Debido a que constantemente las personas confunden el termino aludiendo al aislamiento social, lo que crea una distorsión en el real significado (Díez y Morenos, 2015).

Para diferentes autores, los conceptos de soledad varían, Jiménez (2010). (“...Probablemente existan tantas soledades como individuos que las definan”) (López-Doblas, 2005, p. 111).

Sin embargo, se considera que existe una propuesta teórica mayormente aceptada en los estudios relacionados a la vivencia de soledad:

(Rubio y Alexandre, 1999 citado por Cardona et al., 2013), plantean entre “estar solo” y “sentirse solo”. El primero, haciendo mención al aislamiento social, la falta de redes sociales, el abandono, la marginación, etc. Sin embargo, la auténtica soledad es cuando “se siente solo”, sentimiento que produce emociones y sensaciones negativas, siendo las más frecuentes, la tristeza y la nostalgia, independientemente de estar acompañado.

Para (Cardona et al., 2013) La soledad es un estado psíquico que todos los humanos han experimentado en algún instante de su vida y que, en efecto, se trata de un acontecimiento amargo que no ha sido asimilado correctamente. La soledad, en la mayor parte de los casos puede ser percibida como una caducidad social, que significa un deceso de la presencia en el mundo, dada por el cuestionamiento de las crisis (Cornachione, 2006).

Por lo tanto, la generalidad de los autores e investigaciones revisadas indican que la soledad se trata de una vivencia poco agradable de carácter subjetivo, mediando por los recursos personales que tenga el individuo a la hora de hacer

frente a esta experiencia, por lo que en cuanto sea posible trata de impedir que se presente. (Muchnik et al, 1998; Rodríguez, 2009; Cardona et al, 2013)

Así mismo, es de vital importancia que el adulto mayor fortalezca la toma de decisiones, ya que este es el único medio con el cual puede modificar sus estrategias de adaptación que le permitirán disminuir la vivencia de soledad. Los efectos negativos y contraproducentes pueden interferir en el bienestar subjetivo del adulto mayor que lo experimente, convirtiéndose en el resultado de una combinación de aspectos situacionales, cognitivos, emocionales y conductuales. (Muchnik et al, 1998; Rodríguez, 2009; Cardona et al, 2013)

Otro aporte proviene de (Karnick, 2005), en su revisión bibliográfica refiere que, en las investigaciones de Peplau y Perlman realizadas en 1982, plantean diversas conceptualizaciones derivadas de diferentes perspectivas teóricas, no obstante, (Tzouvara et al., 2015) evidenció similitudes entre las distintas conceptualizaciones de las cuales, se considera desde una mirada objetiva cuatro de ellas que están relacionadas consistentemente con la soledad, siendo estas: la interaccionista, la existencialista, la psicodinámica y la cognitiva-conductual.

- **Existencial:** para (Karnick, 2005), esta aproximación está fundamentada en el existencialismo filosófico y la psicología humanista. Señala a la soledad como una experiencia que, aunque una persona se esfuerce no será capaz de evadirla, aunque es difícil de sobrellevar y no exenta de la normalidad, se considerada necesaria para el descubrimiento y el crecimiento personal.
- **Psicodinámica:** basada en postulados psicoanalíticos, desde esta perspectiva se considera la importancia de las primeras etapas del desarrollo, donde las relaciones de apego y los conflictos postulan la noción de que las relaciones de apego y los trances que pueden suscitarse en este periodo pueden influir en la constitución de la personalidad en la adultez, lo que permitirá predecir los estilos de afrontamiento que ejecutará el sujeto en el futuro. Desde esta postura, para (Donaldson & Watson, 1996) la soledad es concebida como un estado patológico, que sucede como consecuencia de los conflictos para establecer relaciones interpersonales.
- **Interaccionismo:** fundamentada en las teorías que explican el apego. Indica que el individuo desde su nacimiento tiene necesidades, aquellas que necesitan ser atendidas, al no ser así puede provocar dificultades en el establecimiento de un apego seguro o saludable. En la adultez mayor, la soledad nace como consecuencia de aquella ausencia de figuras íntimas de apego en la infancia, de la cual se obtiene como resultado, limitada

interacción y escasas socialización entre sus redes. (Tzouvara et al., 2015 citado de Donaldson & Watson, 1996)

- **Cognitiva-Conductual:** Se conoce que la carencia de interacciones sociales incide en la vivencia de soledad, sin embargo, no es el único. Así, para (Tzouvara et al.,2015) las percepciones intervienen constantemente permitiendo hacer valoraciones, lo que indiscutiblemente involucra a las cogniciones, que también se encuentran relacionadas a la soledad. De esta forma, la experiencia de soledad, dependerán de cómo el individuo la perciba, lo que a su vez condicionará su respuesta conductual.

En la revisión de la literatura científica se encuentran modelos teóricos desde la perspectiva cognitiva que profundizan la comprensión en el abordaje de la soledad, siendo estos: el modelo de discrepancia cognitiva Peplau y Perlman (1979), el modelo de las causas de soledad desarrollado por De JongGierveld (1987), Además de, la más actualizada propuesta de un modelo explicativo de los efectos de la soledad de los autores. (Cacioppo & Hawkley, 2009)

- **Modelo de discrepancia cognitiva Peplau y Perlman (1979)**

Desde este modelo se plantea la interrogante en referencia al éxito de las sociedades occidentales, en lo que concluye que se fundamenta principalmente en los logros personales obtenidos, pero sobre todo el mantenimiento de buenas relaciones sociales. Partiendo de este fundamento, la vivencia de soledad es explicada desde el enfoque de la motivación de logro, sustentado por Weiner desde su teoría Atribucional, entendiendo que la soledad toma forma a partir de la divergencia que existe entre el nivel de relación social idealizado y el que se tiene en realidad. Es decir, la soledad nace como efecto de un desequilibrio percibido entre las relaciones reales y las que espera recibir.

- **Modelo de las causas de soledad desarrollado por De JongGierveld (1987)**

La soledad no está necesariamente influida por aspectos sociales, sino más bien por características particulares, se trata entonces, de una vivencia subjetiva. Es esencia, este modelo explica cómo las características de las interacciones y la soledad pueden estar mediados por los procesos cognitivos. Este modelo teórico está basado en la aproximación cognitiva de la soledad sugerida por (Perlman & Peplau, 1981) y por (Lazarus, Averil & Opton, 1970).

- **Modelo de los efectos de la soledad de Cacioppo y Hawkley (2009)**

Para los autores la soledad resulta de un desequilibrio, estimulando a la búsqueda de un vínculo social. Es así que, cuando se vivencia soledad, se accionan mecanismos neurobiológicos que suscitan la autopreservación y la satisfacción de estas necesidades sociales a corto plazo. No obstante, cuando no se consigue atender esta necesidad de establecer un vínculo o la activación se prolonga en el tiempo, ocasionando perjuicios en la salud que benefician a acrecentar la morbilidad y mortalidad.

Por lo cual, los individuos que se sienten solos tienen más probabilidad de percibir su mundo social como amenazador, acompañado de expectativas sociales negativas, en ocasiones recordando más las particularidades negativas de los acontecimientos sociales que aquéllos que no se sienten solos.

Las diferentes perspectivas desde las que se puede estudiar la Soledad, contemplan además de sus definiciones, sus alcances, siendo sus críticas las principales evidencias de sus limitaciones:

Desde la perspectiva existencialista, se establecen críticas, debido a que difícilmente se logra hacer una distinción entre la soledad subjetiva de la soledad objetiva (Donaldson & Watson, 1996). Asimismo, porque perciben a todas las personas desde la individualidad, solitarios por esencia, sin tomar en cuenta si realmente fue su decisión, (Tzouvara et al., 2015).

La perspectiva psicodinámica, recibe críticas debido a que las conceptualizaciones formuladas están cimentadas en casos clínicos que patologizan a la soledad, (Karnick, 2005). Así mismo, deja a un lado el importante papel de la cultura y entorno en el estudio de la vivencia de soledad (Donaldson & Watson, 1996 citado por Lorente, 2018).

La perspectiva interaccionista, sus críticas apuntan a que posee una mirada reduccionista en relación a aquello que puede provocar la soledad social, siendo estas la pérdida de las redes de apoyo, la ausencia de personas cercanas o con quienes establecieron algún vínculo, dejando de lado aspectos psicológicos. (Tzouvara et al., 2015)

Finalmente, la perspectiva cognitiva - conductual, a pesar de ser más integradora, se ve limitada al no contemplar a la cultura y sus efectos en la vivencia de soledad, así también, el no poder revelar la presencia de soledad en sujetos que presentan deterioro cognitivo, además, que escasamente destaca la relevancia de las redes sociales de apoyo como paliativo de la soledad. (Tzouvara et al., 2015)

De esta forma, las intervenciones más efectivas para disminuir la soledad apuntan a modificar los pensamientos desadaptativos mediante técnicas cognitivo-conductuales, (Masi et al., 2011). Así, se comprobó que las intervenciones educativas orientadas a optimizar las conexiones sociales, como también las cimentadas en bases teóricas (Dickens et al., 2011) son también efectivas para disminuir la soledad en adultos mayores. Además, se comprobó que las terapias de forma grupal producían el mismo efecto que las de individuales, (S. Cacioppo et al., 2015).

(Coon & Thompson, 2003) en la revisión de múltiples investigaciones han evidenciado que el enfoque cognitivo-conductual ha sido útil y ajustable en el adulto mayor, beneficiando a la disminución de las manifestaciones donde experimenta sentimientos de soledad, ansiedad y depresión, lo que ha resultado de forma eficaz.

Por esta razón, (Buz, 2013) refiere que para el discernimiento de la soledad se debe explorar el modelo de prevalencia siendo este el cognitivo-conductual, ya que la soledad es solo el resultado de constantes evaluaciones cognitivas del acuerdo entre las interacciones existentes y los esquemas personales. Por lo tanto, a mayor discrepancia exista entre lo que el individuo desea y aquello que efectivamente consigue de las relaciones interpersonales, significativa será la percepción subjetiva del sentimiento de soledad, lo cual posteriormente se manifestará en la conducta observable.

Por lo tanto, la soledad es la consecuencia de constantes valoraciones cognitivas se ve influenciada por las normas sociales y culturales de esa realidad, conduciendo el comportamiento de los sujetos (Buz, 2013). En la actualidad, la soledad ha sido vista como un problema clínico, que precisa de una terapia particular, (Cardona et al., 2013).

No obstante, la soledad no en todos los casos hace parte de la etapa en la que cursa el adulto mayor. Las percepciones que experimentan están conexas al estado de conciencia, es así que, en cada situación o momento se experimentan sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos, condicionadas con su diario vivir, que puede reconocerse y comprenderse. Por lo tanto, sus experiencias se vuelven el resultado de sus elaboraciones (Buz, 2013). Señalando además por (Rubio y Tapia, 2004), que los momentos y sus percepciones están relacionados con el tiempo y la calidad de vida.

### **2.2.2. Tipos de Soledad**

(Young 1982, citado por Díez-Moreno 2015) realiza una distinción entre tipos de soledad según su duración temporal:

- **Soledad crónica:** Aquella que refiere a los individuos que no están satisfechas con sus relaciones o interacciones sociales en un periodo que excede los dos años.
- **Soledad situacional:** Integra a los individuos que se sienten solos, como consecuencia de crisis vitales, tales como: divorcio, muerte de un familiar, o cambio de residencia, no obstante, dicha soledad solo permanecería un periodo temporal largo.
- **Soledad pasajera:** Se trata de sentirse solo de forma ocasional, algo breve, siendo una experiencia común en el diario vivir.

(Weiss, 2003 citado por Jiménez, et al., 2013) destaca:

- **Soledad emocional:** Aparece al carecer de algún tipo de compañía, es un llamado de atención de que los lazos familiares se van deteriorando a medida que el tiempo transcurre.
- **Soledad social:** Sucede cuando compartir se vuelve una tarea difícil y no hay sentido de pertenencia frente a un grupo.

Por otro lado, (Rubio, 2009) señala la existencia de:

- **Soledad objetiva:** Hace mención a no encontrarse rodeado físicamente de otras personas. En ocasiones el vivir solo puede ser el resultado de una decisión personal de la cual puede obtenerse un aprendizaje.
- **Soledad subjetiva:** Es aquella vivenciada por los sujetos que se sienten solos, sin importar si viven o no con más persona o integren un contexto social, debido que aquí no se refiere el “estar ausente”, más bien la experiencia de sentir dolor. De ningún modo es una situación buscada.

(Cardona, et al., 2010) en la revisión de la escala ESTE de Rubio y Alexandre (1999), continúa explorando la tipología de soledad. Propuesta manejada en la presente investigación.

- **Soledad familiar:** Hace mención al lazo con los miembros de la familia. A lo largo del tiempo, la familia ha llegado a ser la base más importante para las futuras construcciones que el individuo instaura sobre él mismo, constituyendo una fuente de apoyo primario. Diversos autores concuerdan que el apoyo familiar en el adulto mayor es primordial en la percepción del sentirse o no útil.

- **Soledad conyugal:** Refiere al vínculo y correspondencia con su pareja afectiva. Este tipo de relación permite a la persona sentir afecto, experimentar la sensación de ser importante y estar acompañado. Las relaciones afectivas están vinculadas con los referentes que se tienen de la familia de origen, en los acontecimientos que se observaron en el subsistema de conyugues como las que se observaron en el subsistema parento-filial.
- **Soledad social:** Radica en la importancia que tiene el contacto entre personas, resultando de ello, el fortalecimiento de la identidad y el cuestionamiento de esquemas, lo cual le permiten en algunas situaciones, el planteamiento de cambios convenientes frente al estilo de vida que lleva. Priorizando la necesidad de pertenencia a un grupo como algo básico dentro del desenvolvimiento social, integración e identificación con él en relación con un grupo, es así que, cuando el sujeto posee pocas habilidades sociales incrementa la probabilidad de sentirse solo/a.
- Finalmente, como resultado de experimentar situaciones negativas, puede existir una **Crisis de Adaptación o Existencial:** que se corresponde a la manera de cómo se percibe consigo mismo el adulto mayor, la cual esta enlazada con sus hábitos, creencias y autoestima. De esta manera, la imagen que posee de sí mismo es su vital cimiento para afrontar los acontecimientos externos dificultosos.

### 2.2.3. Factores Asociados a la soledad en el adulto mayor

En diversos estudios, se constató que quienes con más frecuencias se sienten solos son los adultos mayores, con preferencia mujeres, aquellos que perdieron a su conyugue, quienes tienen un nivel socioeconómico bajo o padecen alguna enfermedad (Bazo, 1989 citado por Lorente, 2018).

Por otro lado, (Cardona et al., 2013) indica que la soledad también se ha relacionado con factores como la personalidad, el apoyo social y la salud física; el tipo de personalidad que posea el adulto mayor repercutirá en las relaciones que instaura consigo mismo y con su medio.

#### 2.2.3.1. Factores socio demográficos

Para (Lorente, 2018), los factores sociodemográficos asociados al estudio de la soledad en el adulto mayor son: la edad, el género, estado civil, nivel económico, lugar de residencia, aspectos consolidados a partir de la revisión del meta-análisis de (Pinquart & Sorensen, 2001) y las verificaciones sistemáticas de (Cohen-Mansfield et al., en el 2016).

En inicios, las investigaciones en torno al adulto mayor planteaban una relación lineal entre edad y soledad, en aumento de edad, mayores son los niveles de soledad. (Lorente, 2018).

Sin embargo, (Cohen-Mansfield et al., 2016) obtuvieron resultados contradictorios a través de la valoración de 11 estudios donde se hallaron una relación satisfactoria entre la soledad y la edad y otros 5 en los que no existía relación. Indicando que los resultados contradictorios se debían a las características de la muestra, edades situadas entre los 71 y 81 años mostraban asociación entre soledad y edad, lo que no ocurría en muestras de menor edad, evidenciando que conforme aumentaba la edad se reducía la soledad.

Así mismo en las investigaciones realizadas por (Cohen-Mansfield et al., 2016), reportaron relación significativa entre las distintas formas de unión, así como a las personas solteras, viudas o divorciadas, y la soledad.

Por otro lado, en correspondencia a la soledad en relación al género, se constata frecuencia en féminas, (Cohen-Mansfield et al., 2016). Lo que, a su vez (Lorente, 2018) tomando de referencia a (Pinquart & Sorensen, 2001), indica en relación al resultado del estudio anterior, que puede existir una variación que estaría determinada por el instrumento y las técnicas que se utilicen en la evaluación, sumado a ello la consideración de la variable estado civil.

(Lorente, 2018) indica que, el nivel socioeconómico se encuentra relacionado con la vivencia de soledad. Así, a menor instrucción educativa más bajo el nivel de ingresos o viceversa. (Pinquart & Sorensen, 2001) concluyeron que, el nivel de ingreso influye más en el desarrollo de la soledad que el antes que el nivel educativo.

Finalmente, en referencia al lugar de residencia (Pinquart & Sorensen, (2001 citado por Lorente, 2018) existe evidencia que quienes tienen mayor experiencia de soledad son los adultos mayores que viven en espacios residenciales que aquellos que viven en barrios o cooperativas.

### **2.2.3.2. Factores de autonomía funcional**

(Martínez, 2007) indica que la vejez y el éxito no son contradictorios. A pesar de que en ellos regularmente prima la noción del descenso de las capacidades, los principios de estabilidad, ganancias y pérdidas indican que disponen de almacenamientos y diversos recursos que pueden ser movilizados para contrarrestar los efectos de la edad. De esta forma, el adulto mayor consigue también la posibilidad de edificar enérgicamente su vida, ajustándola en función de los actuales requerimientos de la edad.

Las estrategias, como los ejercicios y nuevos aprendizajes son muy valiosos, sometidos a las limitaciones de la edad, pueden permitir alcanzar un estado funcional equilibrado, fortalecimiento en su autoimagen, pero sobre todo un estado de ánimo positivo, sustentado en los procesos de adaptación; seleccionando, optimizando y compensando los recursos de cada adulto mayor, menciona. (Martínez, 2007)

(Lorente, 2018) propone algunos aspectos que conforman los factores de autonomía funcional, como; la capacidad o estatus funcional, comorbilidad, movilidad, baja autoestima o autoeficacia, baja satisfacción vital, depresión, déficits cognitivos, hábitos no saludables y acontecimientos del pasado.

Para (Cohen-Mansfield et al., 2016) en relación a la capacidad o estatus funcional, se ha encontrado un nexo significativo con la soledad, así que un estado funcional decaído influye elocuentemente a experimentar soledad, en contraste (Pinquart & Sorensen, 2001) indican que, mantener una competencia funcional se vuelve un factor protector ante la experiencia de soledad.

Por otro lado, se relaciona a la soledad con la comorbilidad, tal como lo confirman estudios, donde indican que el incremento de la comorbilidad se eleva las probabilidades de desarrollar soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016). De esta forma, el mismo autor ha encontrado una relación positiva entre la soledad y los hábitos no saludables, tales como; sedentarismo, beber, obesidad, entre otros.

Así mismo, (Cohen-Mansfield et al., 2016), indica que "...la baja satisfacción vital, relacionados a variables de salud mental pobre, como el distrés psicológico o la baja satisfacción vital, se encuentran asociados a elevados niveles de soledad". (pág. 13). En la misma línea, (Cohen-Mansfield et al., 2016), refiere también que, otros aspectos vinculados a la soledad serían a pesar de sus diferencias conceptuales; la autoestima o autoeficacia, donde se concluye que mientras más bajo es el nivel de autoestima más probabilidades tiene el sujeto de vivenciar soledad.

(Cohen-Mansfield et al., 2016) refiere la existencia de una relación negativa entre la soledad y los acontecimientos del pasado, como sucesos que provocaron dificultades emocionales o en su efecto traumas. Por su parte concibe a la depresión, como enfermedad mental, que se relaciona con la experiencia de soledad.

(Donovan et al., 2016) en su revisión bibliográfica, indica que, estudios anteriores relacionan a la soledad con los déficits cognitivos, sin embargo, una actual investigación refiere discrepancia con aquellos resultados, postulando que la

soledad y el funcionamiento cognitivo no se relacionan pues, el segundo no puede predecir su aparición ni mucho menos desarrollarla.

### **2.2.3.3. Factores sociales y de interacción**

El desarrollo del concepto de soledad ha propuesto un debate sobre la aproximación hacia los posibles riesgos que vulnera a quien lo padece, esta idea está fundamentada principalmente en la biografía y las creencias del sujeto, resultado de una elaboración cultural. (Gajardo, 2015)

Para (Lorente, 2018), los factores más influyentes desde la mirada de interacción y socialización que influyen en el padecimiento de sentimientos de soledad en el adulto mayor, son; vivir solo, recursos sociales, número de hijos, calidad y cantidad del contacto social y actividades de ocio.

De tal modo, el vivir sin compañía se puede relacionar con la soledad no obstante se trata de una variable relacionada a la vejez actualmente en estudio (Cohen-Mansfield, et al., 2016).

Por otro lado, los recursos sociales que posea una persona, pueden llegar a convertirse en un factor protector ante la soledad, así, relacionarse e interactuar con amigos, vecinos u otras personas del círculo social disminuye la vivencia de soledad en adultos mayores, donde la relación que establecen es más consistente que la de hijos u otros familiares (Pinquart & Sorensen, 2001). En relación, (Cohen-Mansfield, et al., 2016) revela que a menor número de hijos mayor vivencia de soledad.

En el marco de este fenómeno, la amistad tiene efectos positivos sobre la soledad. No obstante, se desconoce a profundidad su función protectora, por lo que más investigaciones en este campo permitirían explicar mejor este fenómeno. Se evidencia que es más frecuente en viudos y solteros. (Pinquart & Sorensen 2001).

### **2.2.4. Efectos de la soledad en el adulto mayor**

Que los adultos mayores consigan vivir solos supone un éxito para las sociedades desarrolladas, ya que ello representa que el estado de bienestar ha reconocido que éstas consigan independencia física, psíquica, funcional y económica en esta etapa de vida, (Cardona et al., 2013).

(Lorente, 2018) menciona que algunas circunstancias como la pérdida de autonomía física o psíquica, las barreras arquitectónicas en el hogar, el vecindario y la dificultad para seguir participando socialmente, pueden tributar al aislamiento de la persona mayor. La misma autora recalca que, otros estudios le

permitieron concluir la existencia de tres clases de efectos ante la presencia de soledad en el adulto mayor, siendo estos; Físicos, psicológicos y sociales.

- **Efectos físicos:** Se puede referir a el sueño, síndrome metabólico, problemas cardiovasculares y procesos inflamatorios.
- **Efectos psicológicos:** Se han organizado en tres; los efectos cognitivos, efectos emocionales y efectos comportamentales.

**En lo que respecta a los efectos cognitivos:** En la experiencia de soledad se produce una hipervigilancia debido a las amenazas sociales, lo que conlleva a formar sesgos cognitivos, afectando dichos procesos (J. T. Cacioppo & S. Cacioppo 2014). Algunos de los efectos mencionados por (Boss et al., 2015) son los siguientes; inteligencia, memoria, funcionamiento cognitivo general, velocidad de procesamiento, demencia y alzheimer.

**En lo que respecta a los efectos emocionales:** Se trata de aquellos que más se determinan en la vejez, cuando se sienten solos, manifiestan tristeza y vacío (López-Doblas, 2005). Otros de los efectos emocionales de la soledad subjetiva en los adultos mayores que han sido consistentes en diversos estudios son; salud mental, depresión, autoestima, locus de control, resiliencia, Ideación suicida y deseo de morir. (Lorente, 2018)

**En lo que respecta a los efectos en el comportamiento:** Inevitablemente la soledad trae consigo reacciones negativas que se observan en el comportamiento. Así, se ha encontrado una coherente con mayor probabilidad de ejecutar comportamientos de riesgo; ser físicamente inactivo o fumador. (Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011)

- **Efectos sociales:** Lastimosamente los efectos a nivel social no han sido explorados a profundidad. En este sentido, las escasas investigaciones relacionan a la soledad con menor frecuencia de participación e interacción social. Se explica que, debido al declive de la salud muy frecuente en esta etapa, los recursos sociales tienden a verse afectados. (Goll, Charlesworth, Scior & Stott, 2015)

No obstante, para (Mishara y Riedel, 2000) pueden existir cambios en el aspecto social entre estos pueden estar asociados a:

- **Cambios efectuados en el rol individual**

Se pueden plantear desde tres plantean desde tres aspectos:

**El adulto mayor como individuo:** En esta etapa consideran la posibilidad de que la muerte se acerca, sin embargo, lo más importante, es el grado de aceptación de aquella realidad de muerte. Por lo general, es vivida por este grupo etario, como una liberación, la finalización de una vida de constante sacrificio, problemas y preocupaciones. No en todos los casos es así, de esta forma para otros es más aceptada, que el declive o las enfermedades. Por su parte, otros niegan la idea de la muerte y viven bajo temor y desesperación porque jamás llegue.

**El adulto mayor como parte del grupo familiar:** Las relaciones del adulto mayor con respecto a la familia se modifican, debido que generalmente viven con hijos y nietos. Esta relación pasa por diferentes etapas. En la primera, el adulto mayor aún es independiente, colabora con sus hijos con las tareas que este le encomienda (ir de compras, cuidar a sus nietos, etc.). En la segunda, con la aparición de enfermedades, las relaciones se conflictúan y la familia en algunos casos, suele plantearse el ingreso del adulto mayor a un centro de cuidado.

**El adulto mayor como individuo capaz de afrontar las pérdidas:** Esta etapa esta ineludiblemente representada por las pérdidas (facultades físicas, económicas, psíquicas, afectivas, sociales y de rol). En relación a las pérdidas afectivas, se pueden distinguir entre la muerte de un cónyuge o un amigo, las mismas que se acompañan por una gran tensión emocional, donde experimentan sentimientos de soledad. El sentimiento de soledad es casi todos los casos es complejo de superar.

- **Cambios efectuados en el rol en la comunidad**

Generalmente la sociedad aprecia únicamente al hombre activo, aquel que es productivo, trabajar y produce riquezas. En este caso el adulto mayor está jubilado, volviéndose un ente no activa, sin embargo, tiene más posibilidades de contribuir con sus conocimientos, realizando nuevas tareas, como las comunitarias. Ahora su papel gira en torno a dos actividades: para algunos casos aún, el vinculado a la actividad de trabajo y, por otro lado, la actividad comunitaria, entre ellas, formar o ser parte de los sindicatos, grupos políticos y asociaciones. Envejecer transforma el rol que se ha desarrollado socialmente, mas no el individual.

## ▪ Cambios efectuados en el rol laboral

Al jubilarse, el adulto mayor debe optar por medidas que eviten al máximo aquellas consecuencias negativas. La jubilación, es el derecho a una pensión, después de haber cesado sus labores. La jubilación tiene un impacto negativo en el adulto mayor, parte de los casos: en primera instancia se produce una difícil adaptación en la reestructuración obligatoria de su vida, debido a que sus valores estaban direccionados al trabajo.

Asimismo, las relaciones sociales, comienzan a disminuir cuando se desvincula del ambiente laboral, disminuyendo consigo el ingreso económico. De esta forma, el adulto mayor debe prepararse, antes de que obtenga su jubilación y así reducir el impacto emocional, lo que permita conservar la calidad de vida digna a las que todos los seres humanos tienen derecho.

### **2.3. Autoestima**

#### **2.3.1. Definición de autoestima**

(Barrera, 2017) considera a la autoestima como un término polifacético debido a la gran pluralidad de autores que lo definen en diversas perspectivas; Y por la sinonimia con relación a los términos de autoreconocimiento, autoeficiencia, autoconcepto, autoconciencia o autocontrol.

El pionero en contribuir en esta variable fue W. James en 1980, quien definió la autoestima, como la estima que uno tiene hacia sí mismo, lo cual se delimitará, ya sea por lo que uno hace o lo que se procura que hace. James evaluaba la estima en relación del éxito obtenido, en comparación a las propias aspiraciones (Rojas y Milagros, 2017).

En cambio, (Rosenberg, 1965), manifiesta que es de gran importancia la autoestima en el individuo, debido a que implica el desarrollo de patrones, los cuales se van definiendo según la comparación que se dé entre individuos, y la comprensión de sí mismo, según los resultados que se hayan conseguido (Valek de Bracho, 2007).

Otra aportación de gran interés para el estudio de la autoestima, fue planteada por Branden (1995) bajo una visión humanista, en la cual define a la autoestima como la experiencia de ser apto para poder hacerle frente a los diversos retos cotidianos del día a día.

Branden (1995) Hace mención que la autoestima se encuentra fundamentada en seis pilares: vivir conscientemente (en el aquí y el ahora), aceptarse a uno mismo, autorresponsabilidad, autoafirmación (ser coherente), vivir con propósito e integridad personal; Al cumplirlos se puede predisponer de vivir en armonía,

en caso de que alguno de estos pilares esté ausente, la autoestima se verá afectada.

Por su parte Valék de Bracho (2007) citando a Coopersmith (1967) bajo una perspectiva conductual, refiere que la autoestima es la valoración que el individuo hace y mantiene sobre sí mismo. La cual le da respuesta, mediante una actitud de aprobación o desaprobación, cuál va a ser indicador de que tan apto, ganador y valioso se sienta el individuo.

### 2.3.2. Componentes de la autoestima

Florindez y Leonor (2018), hace referencia que la autoestima se encuentra constituida por tres componentes que interactúan en interrelación, por la influencia que tiene uno sobre otro. Hay que tener en cuenta que si uno de estos componentes se deteriora o excede puede generar afectaciones en la autoestima.

- **Cognitivo:** Corresponde a la opinión, la percepción o idea que se mantiene de sí mismo, es de relevancia para el crecimiento de la autoestima. Se relaciona con las creencias, opiniones y percepciones de los diferentes aspectos que conforman la personalidad. La autoestima se ve afectada por la valoración cognitiva de las situaciones que se le presentan cotidianamente y el modo que tiene cada uno, para poder hacer frente a los problemas.
- **Afectivo:** Desde este, se atribuyen aspectos negativos y positivos que el individuo puede percibir de sí mismo, en si es un juicio de valor sobre sí, según qué tan a gusto uno se sienta consigo mismo. Este componente se encuentra estrechamente vinculado a los sentimientos y emociones del individuo.
- **Conductual:** Concierno a la ejecución de la decisión de realizar alguna acción, consecuente de un pensamiento coherente, este último componente se direcciona a la autoafirmación, la consideración y reconocimiento que se genera hacia los demás sobre sí mismo (interacción y adaptación al medio).

Por consiguiente, Barroso (1998), en su modelo menciona que la autoestima se compone por energía que circula en una línea ondulada, completando huecos, culminando situaciones incompletas y accediendo a un crecimiento armónico e integral en etapas en un continuo dinámico, donde a su vez el individuo podrá satisfacer sus necesidades, vivir los procesos y desarrollarse a sí mismo hasta llegar a la culminación de su existencia.

### 2.3.3. Condiciones básicas para la autoestima

Rojas y Milagros (2017) refieren que es vital, que el individuo tenga voluntad de comprensión y claridad sobre todo lo que le rodea, para que pueda obtener y mantener la autoestima en un nivel adecuado; debido a que la autoestima resguarda la salud mental del individuo y es el impulsor de su crecimiento de manera general. Cuando se renuncia a conseguir lo mencionado anteriormente, se renuncia a la posibilidad de tener una autoestima plena.

Por aquello es de relevancia conocer las condiciones básicas para el forjamiento de la autoestima, para esto se debe desarrollar:

- **Sentido de pertenencia basado en la familia:** Los individuos van creciendo y se van desarrollando en diversos ámbitos sociales, interactuando frecuentemente con diferentes integrantes de la familia durante su crianza, así va desarrollando el sentido de pertenencia. La familia es fundamental para el desarrollo de la autoestima del individuo, debido a que con ellos establece el primer contacto, convirtiéndose posteriormente en sus modelos, no obstante, a medida que va creciendo, se amplía su círculo social (compañeros, amigos, vecinos, etc) y sus figuras referentes o modelos empiezan a cambiar por aquellos con los que se relaciona y comparte más tiempo e intereses.
- **Sentido de singularidad:** Cada individuo es un ente original, debido a que cada uno tiene sentimientos, emociones, temperamento, carácter y personalidad diferentes uno de otro. Por tal motivo es conveniente que cada individuo descubra el valor que tiene, para así poder brindar a los demás la importancia que se debe.
- **Sentido de poder:** Generalmente los individuos se trazan objetivos, los cuales no se alcanzan con rapidez, para conseguirlo en necesario el máximo de esfuerzo, determinación y constancia; de tal manera, que cada uno con las características que tiene, más las mencionadas con anterioridad contribuirán al desarrollo de su potencial alcanzando el cumplimiento exitoso del objetivo planteado.
- **Modelos:** Referencias que toman los niños y adolescente de ejemplos positivos o negativos, que son de utilidad para ellos en la construcción de sus ideales, objetivos, modales y valores. Al pasar el tiempo y en el transcurso de las etapas de su desarrollo estas se van perpetuando o modificando para acoplarse a su medio.

Los puntos mencionados son la base que forjaran el desarrollo de la autoestima, si estos se toman en cuenta con responsabilidad, es posible obtener buenos resultados, lo que le permitirá poseer una elevada autoestima. De este modo, son las primeras etapas las más importantes y cruciales que determinarán posteriormente su vida adulta.

#### **2.3.4. Dimensiones de la autoestima**

Válek de Bracho (2007) citando a Coopersmith (1976), manifiesta que la autoestima contiene cuatro dimensiones, las cuales se encuentran direccionadas al área personal, académico, familiar y social a continuación serán explicadas:

- **Autoestima en el área personal:** Radica en la autoevaluación frecuente que el individuo se realiza de sí mismo, en correspondencia con sus cualidades personales y su imagen corporal.
- **Autoestima en el área académica:** A medida que existe desarrollo académico, el sujeto efectúa frecuentemente evaluaciones de sí mismo, con el objetivo de verificar y ampliar su progreso.
- **Autoestima en el área familiar:** Es la apreciación que el individuo realiza con respecto sí mismo en relación con la interacción con los miembros de su conjunto familiar.
- **Autoestima en el área social:** Es la valoración que realiza el individuo en función de sus interacciones, participaciones y vinculaciones de origen social. Lo que implica constantemente una valoración de los recursos sociales y personales.

En todas las áreas se tiene en cuenta su capacidad, importancia, dignidad y productividad, lo cual radica en un juicio de valor personal expresado en la actitud hacia así mismo.

Milicic (2001) menciona la existencia de otras áreas específicas en la autoestima como la física, social, afectiva, académica y ética; se las explicara brevemente a continuación:

- **Autoestima en el área física:** Hace alusión a sentirse atractivo físicamente.
- **Autoestima en el área social:** La sensación de sentirse incluido o apartado por sus pares, también el sentir que puede enfrentar con éxito diversas situaciones sociales.

- **Autoestima en el área afectiva:** Se relaciona con el área social, pero acentúa más a la autopercepción de características de la personalidad del individuo, según como se sienta consigo mismo (puede ser un sentimiento tanto positivo como negativo).
- **Autoestima en el área académica:** Se direcciona sobre la autopercepción de sí mismo para enfrentar con éxito las diversas situaciones que podría enfrentarse en el ámbito académico, también se toma en cuenta su valoración en sus capacidades intelectuales.
- **Autoestima en el área ética:** Refiere como el individuo puede sentirse bueno – confiable o malo – poco confiable, trabajador o vago y/o responsable o irresponsable.

En resumen, se puede decir que el individuo realiza frecuentemente valoraciones con respecto a las interacciones de sí mismo y con el ambiente en el que se maneja, logrando valorar constantemente cómo influye en él, posteriormente, según cuan satisfecho llegase a estar según su valoración, el individuo asumirá una actitud hacia sí mismo.

### 2.3.5. Niveles de autoestima

La autoestima es de vital importancia para el individuo, debido a que es la base para creer en sí mismo. Si uno no cree que es capaz de algo, será complejo que los demás lo hagan; Si uno no es capaz de ver lo valioso que es, será más difícil para los demás verlo. Por eso la autovaloración que uno se dé es vital para la salud mental y emocional, debido a sus efectos en los pensamientos, emociones, metas y valores.

Valék de Bracho (2007), citando a Coopersmith (1996), plantea la existencia de niveles de autoestima, donde cada individuo reacciona ante circunstancias semejantes, de diversos modos; teniendo autoconceptos disímiles, reacciones y expectativas desiguales ante el futuro; Caracterizando a continuación a las personas con alta, media y baja autoestima:

- **Autoestima alta:** Son aquellos que consuman esfuerzos para alcanzar logros sociales y académicos, siempre esperan conseguir buenos resultados, son creativos, reflexivos y extrovertidos, piensan y asumen que su trabajo es de excelencia, conservan altas expectativas en correspondencia de futuros trabajos, se autorrespetan y sienten orgullo propio.
- **Autoestima media:** Son optimistas, expresivos, capaces de aceptar críticas de otros, dependientes de la aprobación de otros, de igual modo posee un

alto número de afirmaciones positivas, siendo más módicos en sus expectativas y competencias en relación al grupo anterior.

- **Autoestima baja:** Se registran características de desánimo, depresión, aislamiento, consideración de no ser simpático o atractivo y poco hábiles para expresar sus emociones y defenderse; comúnmente se sienten débiles para dejar de lado o modificar sus deficiencias, temen provocar enfado en otros, mantienen una actitud negativa consigo mismos, están faltos de herramientas internas para resistir circunstancias que van acompañadas de angustias.

### 2.3.6. Tipos de autoestima

Una autoestima positiva podría generar ventajas, mientras una autoestima negativa podría generar inconvenientes en los desafíos del día a día del individuo. Esto dependerá del nivel que mantenga la persona, es por aquello, que cada individuo tiene características específicas en la composición de la constitución de su autoestima (Guerrero, 2018).

#### 2.3.6.1. Característica de una autoestima positiva

Baumeister (2003) manifiesta que quien mantiene una autoestima positiva (alta), tiene una perspectiva saludable sobre sí mismo, es alguien que sabe asumir con buena actitud sus virtudes y defectos. Por tal razón ese autoconcepto positivo que tiene, hace que el individuo cada vez pretenda dar lo mejor en los aspectos que no esté pleno consigo mismo.

Es de vital importancia, el medio con el que se vincula el individuo para poder adquirir una elevada autoestima. Un individuo que se cataloga con autoestima positiva se estima a sí mismo, está seguro de sí (tanto en acciones como pensamiento), está orgulloso de lo que realiza, afronta los desafíos, se hace a sí mismo críticas constructivas, persiste, es creativo, se adapta con facilidad a cambios, entre otras características.

Rojas y Milagros (2017) afirman que tener una autoestima alta se relaciona con la autenticidad, la lógica, el presentimiento, la individualización, la flexibilidad y la adaptación; con las ganas de admitir y enmendar los desaciertos, disponerse a mejorar y cooperar. La manifestación del individuo con este tipo de autoestima, puede ser diversa según los factores psicológicos y ambientales. Pero aun así hay características comunes, como:

- **En correspondencia consigo mismo:** El individuo se siente con la capacidad de pensar, expresarse y accionar con seguridad, se siente competente para controlarse a sí mismo frente a determinadas

circunstancias, toma responsabilidad de su accionar y sabe regularse ante sus impulsos.

- **En correspondencia con los demás:** Le es muy sencillo prosperar emocionalmente al relacionarse fácilmente con otros, debido a que es flexible y abierto, acepta sin dificultad a los demás, tiene iniciativa propia, se comunica de manera directa y clara, establece rapport con facilidad, es autónomo en la toma de decisiones y pueden discutir sin agresiones.
- **En correspondencia con los deberes y compromisos:** Se compromete ante las actividades que va a desarrollar, toma interés, es optimista, se orienta al cumplimiento, es constante y esforzado sin importar la dificultad, es capaz de enmendar y reconocer sus fallas, muy hábil, creativo y se desenvuelve de gran modo en trabajos en equipo.

### **2.3.6.2. Características de una autoestima negativa**

Rojas y Milagros (2017) menciona que una autoestima negativa puede ser un elemento detonador para la predisposición de la presencia de problemas psicológicos, como efecto. Las dificultades que se presentan en representación de una baja autoestima contribuyen al deterioro de la autoestima.

El individuo que posee una baja autoestima se siente insatisfecho o inadecuado con la propia existencia, y responde a su accionar, pensar y expresar con sentimientos de incapacidad, desmotivación y desvalorización. Por tal razón, la baja autoestima se relaciona estrechamente con la irracionalidad, inflexibilidad y temor a lo desconocido o nuevo.

La autoestima negativa involucra ofensa, rechazo y disgusto hacia sí mismo. El individuo se visualiza improductivo, cohibido, incómodo y dependiente, cual lo hace que sea mucha más vulnerable ante cualquier contexto. Usualmente estas personas mantienen habilidades sociales poco desarrolladas que van de la mano con estados negativos emocionales.

La autoestima negativa se la caracteriza como un círculo vicioso muy reforzado. Quienes mantienen este tipo de autoestima se las puede reconocer mediante su manifestación, esta puede ser diversa, todo dependerá de la personalidad del individuo, de su experiencia, como pueda afrontar las situaciones que se le presentan y la identificación con los modelos a los que han sido expuestos.

Las conductas y actitudes que generalmente demuestran los individuos con baja autoestima son: actitudes quejumbrosas y críticas, necesidad de tener la atención de los demás, necesidad de ganar en todo momento, actitud poco sociable, actitud dócil, gran temor a fallar, actitud poco segura, ánimo decaído,

actitud perfeccionista, derrotista, desafiante, agresiva y necesidad compulsiva aprobación.

### **2.3.7. Causas de la baja autoestima**

La fuente de la baja autoestima es variada y muy particular según la edad del individuo, entre estos hay causales similares entre la infancia – adolescencia y edad adulta – vejez, a continuación, se harán mención de algunos factores por los que se podrían dar la baja autoestima en estos grupos:

- **Infancia - Adolescencia:** Sus causales radican en el entorno familiar y social: se evidencian cuando es burlado, la ausencia al reconocimiento de sus logros, constante relevancia a sus errores, ausencia de consuelo, la sobreprotección, la comparación con otros (negativamente), forzarlo hacer actividades que no son de su interés o vayan contra su voluntad, no tomar en cuenta sus ideas, responsabilizarlos de cosas que no les competen o no están en su comprensión, apodarlo de forma degradante, recibir tratos inadecuados, entre otras más (Vahos, 2013).
- **Edad adulta – Vejez:** Al pasar el tiempo el individuo se va volviendo más sensible a la valoración que su medio le designa o le hace percibir, más que todos de aquellos que tiene mayor cercanía o aprecio. Las causas de la baja autoestima, pueden residir en: crisis sentimentales, jubilación, crítica de los demás, humillación, enfermedades crónicas, crisis transitorias, cambios o defectos físicos, fallecimiento de amistades o familiares, entre otras más (Barrera, 2017).

### **2.3.8. Importancia de la autoestima en el adulto mayor**

Es de relevancia la autoestima debido a que es la base para construcción de la personalidad, estructuración de la identidad, fortalecimiento de la dignidad y respeto del individuo hacia sí y los demás, relata Canto & Castro (2018).

Según Milic (2001) el adulto mayor al mantener una buena autoestima tiene mayor probabilidad de mantener una calidad de vida saludable, mejor modo de poder afrontar las circunstancias que se le presentan, tener mayor disposición de aceptar capacidades que se han disminuido por el deterioro, aumentar la interacción con otros, desarrollar la capacidad de enfrentar los problemas que se le presentan, entre otras.

Prósperamente, Ortiz & Castro (2009) afirman que cada vez son más los adultos mayores que abandonan los prejuicios sociales que enmarcan este periodo o etapa de vida como un ciclo de escasa o baja productividad o creatividad; Es paradójico, pero hoy en día los adultos mayores tienen una actitud positiva,

demuestran vitalidad, buen afrontamiento ante las diversas circunstancias, y así mantienen un existir más pleno y enriquecedor.

Pero aún existe un grupo de adultos mayores que viven bajo estos estereotipos, cuales se sienten excluidos de ciertas actividades. Pero esto se debe a la sociedad que los censura a que cumplan ciertas actividades o roles, según el pasar de los años para el individuo.

Otra dificultad que se observa frecuentemente, es la infantilización al adulto mayor, al creer que no posee derecho decidir o que, por llegar a la etapa de la vejez, al adulto mayor se le han extinguido sus deseos en forma general. Esta infantilización suele estar enmascarada por una actitud de cariño u atención, pero las personas a cargo del adulto mayor no caen en cuenta que es una falta de respeto y vulneran la estima del adulto mayor, refiere Florindez & Leonor (2018).

Teniendo en cuenta lo mencionado por Florindez & Leonor (2018) esta dificultad hace que con el pasar del tiempo la autoestima del adulto mayor decaiga de a poco. Y es donde empiezan los indicios y la sintomatología de una autoestima negativa o baja.

### **3. CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Situación problemática y formulación del problema de investigación**

El envejecimiento poblacional actualmente es un fenómeno social de gran impacto, que va incrementándose en los países en desarrollo. Se estima que la población adulta mayor en los 50 próximos años podría cuadruplicarse. Un cambio demográfico de esa magnitud, tiene consecuencias significativas para cada aspecto de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional, como señala la OMS (2018).

Se han evidenciado diversidad de estudios en relación a las variables ejes en la investigación. Los diferentes autores desde distintas perspectivas incluyendo la cognitiva-conductual, predominante en esta investigación, aportan insumos para comprender la soledad, entre ellos: Lorente 2018, Rubio 2009, Cardona Jiménez 2010 y Cohen-Mansfield 2016; en referencia a autoestima sus aportaciones son acogidas desde: Barrera 2017, Canto & Castro 2004, Orosco 2015 y Ortiz & Castro 2009, destacando la particular dirección a investigaciones dirigidas a este grupo etario.

De esta forma, la población adulta mayor requiere ser atendida como grupo prioritario debido a su condición vulnerable, como lo estipula la legislación estatal ecuatoriana, caso contrario, como lo expresa (Bermejo, 2008) en presencia de soledad podría producirse un quebranto en las interacciones con otros, donde vivir se vuelve una experiencia negativa, manifestándose a través de fluctuaciones en su autoconcepto donde su autoestima puede inevitablemente decaer.

De tal modo, la Fundación “NURTAC” ejecuta por medio de convenios que realiza con el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el desarrollo de proyectos de labor social; entre los que se encuentra el programa de atención a adultos mayores, en sus diferentes modalidades: espacios alternativos, centro diurno y visitas domiciliarias, siendo la última seleccionada para la obtención de información.

En el desarrollo de las visitas domiciliarias, que permitieron el acercamiento con los adultos mayores previstos en la muestra, se pudieron evidenciar aspectos tales como: dificultad para mantener relaciones sociales lo que ha llevado a que muchos de los beneficiarios experimenten sentimientos de vacío y tristeza, se observó escasa integración en las actividades planificadas por los técnicos de la fundación, en algunos casos sus respuestas se encontraban condicionadas por “no sentirse útiles”.

Además de excesiva ansiedad y preocupación por aspectos referentes a la percepción que tienen de sí mismos, como sentimientos de incompetencia, experiencia de duras críticas de familiares o amistades próximas al círculo de interacción frecuente.

Por otra parte, los datos sociodemográficos permitieron conocer que los adultos mayores, generalidad no tienen pareja, han asistido a algún curso de educación primaria, son abuelos cuidadores y que su situación de trabajo es escasa; Además, el no poseer sistemas de seguridad en las casas y mantener bajos recursos económicos, provocan que se torne difícil el desplazamiento para participar en las demás modalidades que propone la institución en su programa, como la atención a centros diurnos y espacios alternativos.

También se evidencio, que pasan más tiempo solos que acompañados en sus casas, debido a la pérdida del conyugue, habitan solos y/o sus familias no los visitan de manera periódica, lo cual podría promover en ellos inseguridades emocionales o expresado por ellos “no tengo razones para vivir”.

Con lo antes expuesto surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los tipos de soledad y los niveles de autoestima en los adultos mayores beneficiarios de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán?

### **3.2. Objetivos**

#### **3.2.1. Objetivo General**

Determinar los tipos de soledad y los niveles de autoestima en adultos mayores beneficiarios de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán.

#### **3.2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas en adultos mayores beneficiarios de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán.
- Reconocer los tipos de soledad presentes en adultos mayores beneficiarios de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán.
- Determinar el nivel de autoestima en adultos mayores beneficiarios de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán.

### 3.3. Perspectiva general y tipo de investigación

En la actualidad, los temas relacionados con el adulto mayor, a nivel mundial, en Latinoamérica y propiamente en Ecuador, han ganado auge en su intento de promover una nueva mirada del envejecimiento, a través del reconocimiento de los derechos de este grupo etario, así como, sus cuidados a nivel de salud pública, importantes en esta determinada etapa de vida.

La presente investigación está sustentada en una:

- **Metodología cuantitativa**, debido a que la medición de variables se realizó de manera cuantificable y observable, asumiendo como principales propósitos la obtención de generalizaciones libres del tiempo y del contexto en que se estudia el problema (Sampieri, 2010).
- **De tipo descriptiva**, porque se busca detallar particularidades y propiedades relevantes de los fenómenos que se están analizando (Soledad y Autoestima), describiendo las tendencias de un grupo de individuos (Sampieri, 2010).
- **De corte transversal no experimental**, debido a que las variables no fueron manipuladas, realizándose en un tiempo determinado (Sampieri, 2010), considerado la cohorte desde diciembre del 2018 hasta febrero del 2019.

Se emplearon instrumentos de alta confiabilidad, probados en poblaciones semejantes, además de técnicas y procesadores estadísticos para evitar en lo mínimo algún margen de error, lo que permita alcanzar el cumplimiento de los objetivos y el establecimiento de las conclusiones.

En este sentido, la presente investigación es cuantitativa, no experimental de corte trasversal con un alcance descriptivo.

### 3.4. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores beneficiarios de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán?
- ¿Qué tipos de soledad prevalecen en los adultos mayores beneficiarios de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán?
- ¿Cuál es nivel de autoestima predominante en adultos mayores beneficiarios de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán?

### 3.5. Definición de las variables

Las variables suelen ser tanto observables y medibles, es decir que cualquier fenómeno u hecho se podría tomar en cuenta para un estudio, siempre y cuando conste dentro de la literatura científica, las variables alcanzan varios valores, es decir, pueden ser dinámicas, cuya variación puede ser sujeta a comprobación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p.93).

#### Variables consideradas para el presente estudio:

- **Soledad:** (Cardona, Villamil, Henao & Echeverri, 2013) La soledad es un sentimiento y una vivencia generalmente desfavorable en la cotidianidad del individuo y en el desarrollo de múltiples realidades; personal, familiar y social. Así, las percepciones intervienen constantemente permitiendo hacer valoraciones, lo que indiscutiblemente involucra a las cogniciones, aspectos que condicionan su respuesta ante la experiencia de soledad.
- **Autoestima:** Valék de Bracho (2007) Es la valoración que el individuo hace y mantiene sobre sí mismo. Resultado de dicha valoración se obtendrá una actitud de aprobación o desaprobación, traduciéndose en un indicador de que tan apto, ganador y valioso se siente el individuo.

#### Operacionalización de las variables:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional		Instrumento
		Dimensión	Indicadores	
<b>Sexo</b>	Condición biológica que clasifica a los individuos: hombres y mujeres, Quiroz (2017).	Fenotípica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mujer</li> <li>▪ Hombre</li> </ul>	Ficha sociodemográfica
<b>Edad</b>	Cronología que comprende desde el nacimiento hasta la aplicación del instrumento, Quiroz (2017).	Cronológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 65 – 74</li> <li>▪ 75 - 85</li> </ul>	
<b>Relación de pareja</b>	Es un vínculo sentimental – romántico, entre dos individuos, Quiroz (2017).	Conyugal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con pareja</li> <li>▪ Sin pareja</li> </ul>	
<b>Escolaridad</b>	Grado de preparación	Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sin escolaridad</li> </ul>	

	aprobada institucional y legalmente, Quiroz (2017).		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educación básica</li> <li>▪ Bachillerato</li> <li>▪ Educación superior</li> </ul>	
<b>Actividad productiva</b>	Es el proceso en el cual el individuo mediante la realización de una actividad o servicio y recibe insumos Quiroz (2017).	Económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Productivo</li> <li>▪ No productivo</li> </ul>	
<b>Convivencia</b>	Vivir en compañía con otros individuos, Quiroz (2017).	Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solo</li> <li>▪ Acompañado</li> </ul>	
<b>Soledad</b>	Cardona (2013) La soledad es un sentimiento y una vivencia desfavorable en la cotidianidad del individuo, y que es ahí donde se desarrollan múltiples realidades; personal, familiar y social.	Cognitiva-Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familiar Alto Medio Bajo</li> <li>▪ Conyugal Alto Medio Bajo</li> <li>▪ Social Alto Medio Bajo</li> </ul>	<b>Numérico</b> Escala ESTE-R I
<b>Autoestima</b>	Valék de Bracho (2007) Es la valoración que el individuo hace y mantiene sobre sí mismo. Cual le da respuesta, mediante una actitud de aprobación o desaprobación, que va a ser indicador de que tan apto, ganador y valioso se siente el individuo.	Cognitiva-Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alta</li> <li>▪ Media</li> <li>▪ Baja</li> </ul>	<b>Numérico</b> Inventario de Autoestima de Coopersmith

### **3.6. Población y muestra**

La población se conformó por 75 adultos mayores de la modalidad atención domiciliaria, en Duran, beneficiarios de la Fundación “NURTAC”, institución sin fines de lucro.

En correspondencia a algunas características generales de la población, se conoce que en su mayoría los adultos mayores, han cursado la educación básica, escasamente realizan alguna actividad productiva, tienen bajo nivel socioeconómico, sus viviendas se sitúan en zonas vulnerables con deficientemente sistema de seguridad por lo que existe un alto nivel de riesgo delincuencia, razón por la que evitan salir de casa y participar en otras actividades recreativas como asistir a centros alternativos o diurnos, otras modalidades que tiene a disposición la Fundación “NURTAC”. En su generalidad, los adultos mayores asumen el rol de cuidadores, en algunos casos pasan tiempo solos en casa.

En referencia a la población, la muestra estuvo conformada por 65 adultos mayores, constituidos por medio de un muestreo no probabilístico, de tipo selección intencionada, en correspondencia al diseño de criterios de inclusión y exclusión del estudio que permitieron conservar la especificidad en el levantamiento de la información.

#### **Criterios de inclusión**

- Usuarios pertenecientes a la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria.
- Resida actualmente en Durán.
- Rango de 65 años hasta 85 años.
- Ambos sexos.
- Acceda a firmar el acuerdo de consentimiento informado.
- No presente deterioro cognitivo (Para su valoración se aplicará el *Mini Mental State*).
- No presente discapacidad.

#### **Criterios de exclusión**

- Usuario que no pertenezca a la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria.

- No resida actualmente en Durán.
- Tenga menos de 65 años o más de 85 años.
- No acceda a firmar el acuerdo de consentimiento informado.
- Presente deterioro cognitivo.
- Presente algún tipo de discapacidad.

### **Consideraciones éticas**

Los adultos mayores, sujetos de estudio en la presente investigación, voluntariamente mostraron disposición en la participación, colaborando abierta y libremente en el proceso de levantamiento de información. La comunicación se estableció asertivamente bajo criterios éticos regidos en las normas APA (*American Psychological Association*), sustentados desde la veracidad, respetando ideas, opiniones, criterios y creencias.

Se explicó de manera detallada, concisa y clara los objetivos del estudio, de tal modo que los participantes comprendieran la intención del trabajo.

Las investigadoras asumieron la responsabilidad, en el uso de la información y los resultados obtenidos en la investigación. El procedimiento se llevó a cabo de forma metódica, cimentada en principios de respeto y equidad a los derechos de los participantes y a la no violencia de su integridad, debido a su consideración socialmente establecida de vulnerabilidad.

Todos los resultados que se obtuvieron fueron únicamente utilizados con fines investigativos y académicos.

### **Confidencialidad**

- Toda la información que involucre datos de identificación de los participantes, obtenidos mediante el levantamiento de información, únicamente reposarán en manos de las investigadoras.
- Para la realización de la base de datos, se conservó el anonimato.
- Se evitó la transferencia virtual de datos personales no cifrados.
- Los instrumentos aplicados fueron tabulados, analizados y transcritos, ya al tener la información digitalizada; Se embalan y guardan todos los instrumentos en físico aplicados.

- El uso de fotografías fue exclusivo para evidencia de la colaboración de los adultos mayores, más aquellas imágenes no son, ni serán exhibidas en ninguna publicación.
- Se contempló el respeto a la diversidad, a la interculturalidad y las condiciones sociales de la población.

### **3.7. Métodos, técnicas e instrumentos**

El trabajo se llevó a cabo mediante el método científico, debido a que se fundamenta en una investigación empírico – analista.

Se empleó la técnica de medición de actitudes y opiniones, propuesta en la clasificación de García, R., Ferrández, M. R., Sales, M. A., & Moliner, M. O. (2006), mediante instrumentos seleccionados con el fin de obtener un resultado de modo objetivo. Se procedió a explicarle al individuo cada ítem, así como su valoración contenido en una serie graduada.

Para la recolección de información se aplicaron diversos instrumentos:

- **Mini Examen Cognoscitivo (*Mini Mental State*)**

Su utilidad fue para determinar la presencia o ausencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor, cuando se finalizó la prueba, se contó con un punto para cada ítem que respondieron de modo correcto, teniendo en cuenta que quienes saquen 0-23 presentan deterioro y de 24-30 hay ausencia de deterioro cognitivo.

- **Inventario de Autoestima de Coopersmith (Versión para adultos). Ultima validación (2015).**

Coopersmith (1981) el Inventario fue creado por Stanley Coopersmith en 1967, se puede administrar de modo individual o colectivo, aproximadamente su aplicación tiene un tiempo de duración de 15 minutos.

El objetivo del inventario es medir las actitudes valorativas en las áreas: social, personal y familiar de la experiencia del individuo. Además de ello, el autor evidenció que los individuos basaban la imagen de sí mismos en cuatro juicios: significación (se sienten aceptados y amados por los demás), competencia (capacidad para desempeñar tareas), virtud (niveles morales y éticos) y poder (grado de influencia en su propia vida y la de otros).

El Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en comparación a la versión original que está direccionada al área escolar, la versión de adultos toma como referencia los 25 primeros literales del inventario original, variando los literales proporcionales a: “Hogar - Padres” por “Familia” y unifica “Social, pares

y escolar” por “Social”. La redacción de los literales es semejante a los del inventario original.

Los literales se deben responder en función de cómo el individuo se identifique con el literal, las respuestas son dicotómicas (verdadero o falso). Los 25 literales proporcionan dos tipos de puntajes, uno general y otro separado en tres áreas: si mismo general (la autopercepción del sujeto sobre sus características físicas y psicológicas), social (actitud del individuo frente a su medio, tanto personas o situaciones) y familiar (experiencias relacionadas a la convivencia con su círculo familiar).

El puntaje máximo del cuestionario es de 100 puntos. Cada literal según la hoja de respuestas equivale a 1 o 0, al final se suma la puntuación total y se la multiplica para 4.

Sus claves de respuesta son las siguientes:

Literales verdaderos	(1-4-5-8-9-14-19-20)
Literales falsos	(2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25)

Para las subescalas:

Si mismo general	(1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-23-24-25),
Social	(2-5-8-14-17-21)
Familiar	(6-9-11-16-20-22)

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

autoestima baja	75-100
autoestima media	46-74
autoestima alta	0-45

**Fiabilidad y validez:** En psicometría la fiabilidad se refiere a la ausencia de errores en la medición. La fiabilidad del test se evidencia en la investigación de Tarazona, sobre una muestra de 146 individuos, obtuvo el alfa de Cronbach de 0,79.

La validez es el grado en que el instrumento mide aquello que procura evaluar, se aplicó en el estudio de Tarazona y Renzo (2013). Se obtuvo su validez de contenido por medio del criterio de jueces. Su última validación se dio en el año 2015 por Orosco C.

▪ **Escala ESTE-R I. Última validación (2010).**

(Cardona al., 2010) utilizaron esta escala para evaluar la soledad en los adultos mayores, primordialmente mide los déficits en el círculo social del individuo (conyugal, familiar y social), así mismo el sentimiento que estas pueden evocar (crisis existencial). Los literales de la escala contienen diversos aspectos de la conceptualización de soledad.

La escala consta de una composición de 34 literales, sus posibles respuestas están dadas mediante una escala Likert con 5 opciones de respuesta, cuyas puntuaciones fluctúan entre 1 y 5.

Nunca	1
Rara vez	2
Alguna vez	3
A menudo	4
Siempre	5

Los literales se agrupan en cuatro categorías:

Soledad familiar	(1-2-8-9-10-11-12-13-17-18-19-20-21-28)
Soledad conyugal	(3-4-5-6-7)
Soledad social	(15-16-18-22-23-24-25)
Crisis existencial	(14-26-27-29-30-31-32-33-34)

Para poder obtener los resultados generales de cada tipo de soledad, se debe tener en cuenta que los siguientes literales deben sumarse de modo inverso, de tal forma que las puntuaciones serán desde Nunca=5 hasta Siempre=1, los siguientes son los literales que se deben sumar invertidamente:

Soledad familiar	(9-11-12-13-17-18-20-21-28)
Soledad conyugal	(3-4-5-6-7)
Soledad social	(16-22-23-24-25)
Crisis existencial	(-)

Su puntuación puede oscilar entre:

<i>Nivel</i>	<i>Soledad Familiar</i>	<i>Soledad Conyugal</i>	<i>Soledad Social</i>	<i>Crisis Existencial</i>
<i>Bajo</i>	14-32	5-11	7-16	9-20
<i>Medio</i>	33-51	12-18	17-26	21-33
<i>Alto</i>	52-70	19-25	27-35	36-45

**Fiabilidad y validez:** En psicometría la fiabilidad se refiere a la ausencia de errores en la medición. La fiabilidad del test se evidencia por el coeficiente alfa de Cronbach de 0,925.

La validez es el grado en que el instrumento mide aquello que procura evaluar, se aplicó en el estudio de Cardona Jiménez, J., Villamil Gallego, M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, Á., en una muestra de 383 adultos mayores. Su última validación se realizó en el año 2010 por los autores antes mencionados.

Antes de la aplicación de instrumentos, se utilizó el:

- **Acta de consentimiento informado**

Utilizada como constancia de la libre decisión del adulto mayor en la participación del estudio. Se trata de un documento formal, en el que previamente se ha explicado quienes somos, información breve sobre el estudio que se realizó.

- **Ficha Sociodemográfica**

Mediante la ficha sociodemográfica se recolectó información personal del adulto mayor, que incluyó datos sobre la edad, sexo, relación de pareja, escolaridad, actividad productiva, y convivencia.

La información obtenida fue cuantificada mediante un programa estadístico, manteniendo su fiabilidad:

- **SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Version: *IBM SPSS Statistics 25.0***

Es un programa estadístico informático, muy utilizado en las empresas de exploración de mercado y las ciencias sociales, permite el manejo de datos de gran volumen, además de verificar análisis estadísticos complejos (Castañeda et al., 2010, p. 15).

### **3.8. Procedimientos**

La ejecución del trabajo de campo se llevó a cabo en el Cantón Durán, en los sectores (Recreo etapa 5, Cerro Redondo, Julio Col. y Roberto Gilbert), se efectuó en un periodo determinado, considerando como la cohorte desde diciembre del 2018 hasta febrero del 2019.

En el procedimiento empleado para el levantamiento de información, la metodología utilizada fue participativa e inclusiva, desde la inserción al campo de acción, se manejaron estándares de profesionalismo. La aplicación de cada prueba no tuvo un tiempo determinado, para evitar el sesgo de la información, se priorizó el establecimiento del rapport y debido a la cantidad de instrumentos, se realizó más de una visita evitando el agotamiento y la fatiga en los adultos mayores.

## **Fase I**

- A cada uno de los adultos mayores que fueron visitados, se les explicó con claridad y detalladamente el motivo del trabajo, en efecto, al estar de acuerdo, se iniciaba el proceso, con la firma del acuerdo consentimiento informado.
- Se procedía a la aplicación del instrumento *Mini Mental State*, para valorar la existencia o inexistencia de posible deterioro cognitivo, lo cual permitiría filtrar a los participantes, en función y consideración de los criterios de inclusión y exclusión.
- En caso de no presentar deterioro cognitivo, se procedió a programar las visitas para la aplicación de los demás instrumentos (Inventario de Coopersmith y Escala de ESTE-R).

## **Fase II**

Se desarrolló en tres visitas domiciliarias:

- En referencia a la primera visita: El establecimiento de rapport permitió, que el usuario de forma voluntaria exprese su malestar, lo que, a su vez, como fuente primaria, facilita la comprensión de la demanda. Se obtuvieron datos sociodemográficos.
- En referencia a la segunda visita: se levantó información del Inventario de Coopersmith, que nos permitió evaluar el nivel de autoestima.
- En referencia a la tercera visita: Se aplicó la Escala de ESTE-R, que permitió medir la experiencia de soledad en el adulto mayor, al ser un poco extenso a nivel de ítems se pudo evaluar distintas áreas.

Se destaca que para la obtención de la información se emplearon técnicas de comunicación asertivas, ajustadas al contexto. Ya que la posibilidad de hacer preguntas fundamentadas de forma directa, podría haber provocado inestabilidad emocional al adulto mayor, que estaba siendo evaluado.

## **Fase III**

Se desarrolló el análisis de la información recolectada:

- Se elaboraron bases de datos, para cada instrumento.
- Se tabularon los datos de los instrumentos aplicados a las bases de datos.
- Se elaboraron tablas y gráficos de los datos obtenidos sociodemográficos y los resultados del Inventario de Coopersmith y la Escala ESTE-R en SPSS.

## 4. CAPÍTULO III: ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

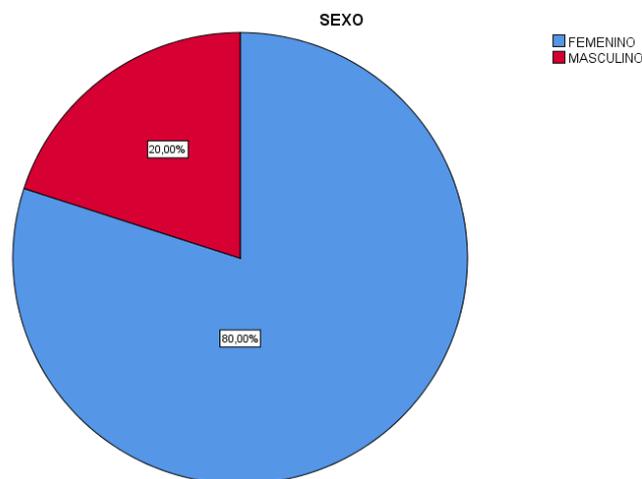
### 4.1 Análisis de resultados

Los resultados obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS y planteados en respuesta a los objetivos específicos del proyecto:

- Como primer objetivo específico se propuso identificar las características sociodemográficas en adultos mayores.

En correspondencia a las características sociodemográficas:

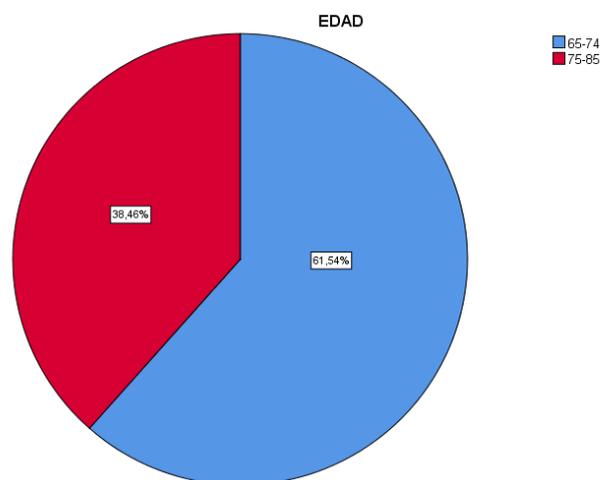
**Gráfico 8.** Datos sociodemográficos – Sexo



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

El 80% de los participantes eran mujeres, mientras que un 20% eran hombres.

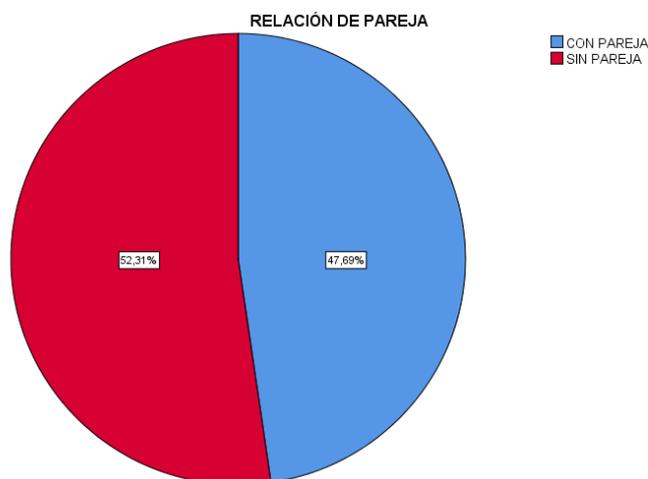
**Gráfico 9.** Datos sociodemográficos – Edad



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

El 61,5% tenía entre 65 años a 74 años y el 38,5% estaban entre 75 años a 85 años.

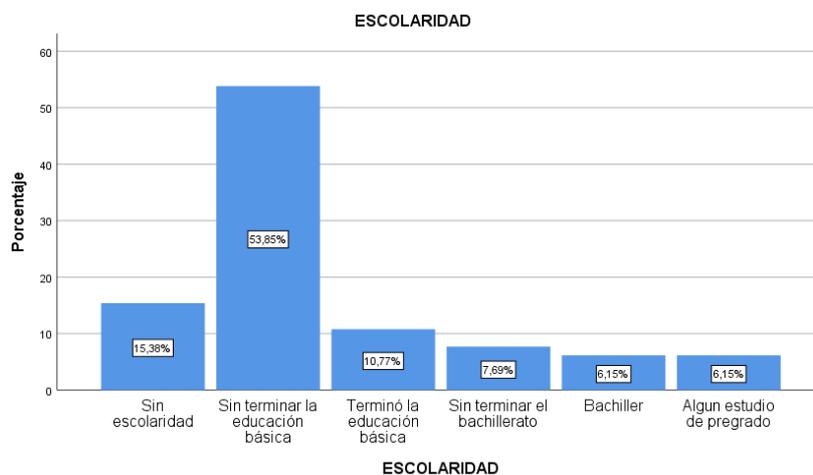
**Gráfico 10.** Datos sociodemográficos – Relación de pareja



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

En cuanto a la relación de pareja el 52,3% no mantenía una pareja, mientras el 47,7% si mantenía algún tipo de vínculo afectivo – romántico.

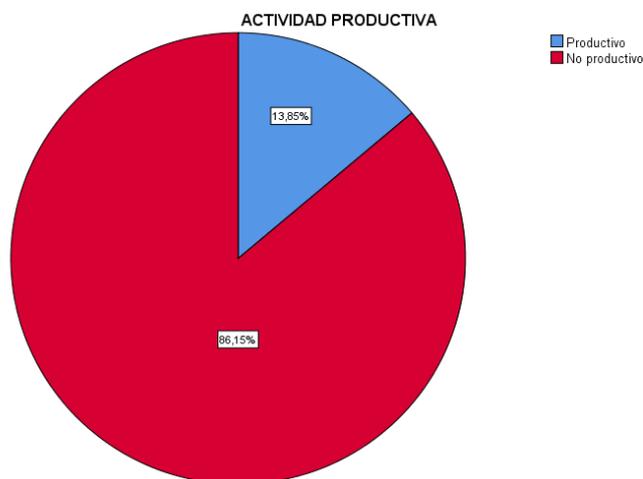
**Gráfico 11.** Datos sociodemográficos – Nivel de educación



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

Por otra parte, 15,4% no tuvo escolaridad, mientras que el 53,8% asistió a algún curso de la educación básica, el 10,8% culminó la educación básica, el 7,7% realizó a medias el bachillerato, el 6,2% logró culminar el bachillerato y tan solo el 6,2% realizó algún tipo de estudio de educación superior.

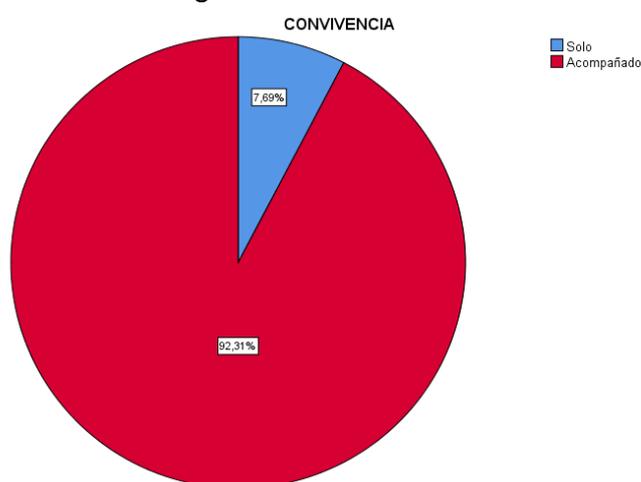
**Gráfico 12.** Datos sociodemográficos – Actividad productiva



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

En cuanto la actividad productiva el 86,2% de la muestra no tenía ningún tipo de actividad productiva, mientras que el 13,8% sí.

**Gráfico 13.** Datos sociodemográficos – Convivencia



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

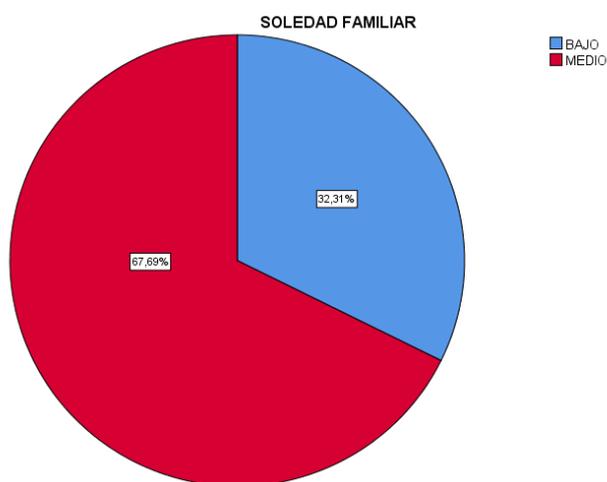
En lo que respecta a con quien convive, se evidenció que un 7,7% vivía solo, mientras un 92,3% vivía con alguien más; como esposo, hijo/a, nieto/a, yerno, nuera, en algunos casos amigos, vecinos o cuidadores.

Se considera que la muestra al no tener una distribución equitativa por sexos, promovió en los resultados, la incidencia en mujeres. Por otro lado, las variables que influyen más en los individuos participes son: el nivel básico de escolaridad, la carencia afectiva de una pareja y la escasa realización de actividades productivas, la última en mención, promueve que los adultos mayores dependan económicamente de otros (hijos), así también al no sentirse productivos, limitan

el sistema de actividad y comunicación, restringiendo sus expresiones y por lo tanto evadiendo el dialogo.

- Como segundo objetivo específico se reconocen los tipos de soledad presentes en los adultos mayores. Según el instrumento utilizado consta de tres tipos de soledad: familiar, conyugal y social; y crisis existencial, cual es el resultado de la vivencia de diversas situaciones negativas.

**Gráfico 14. Soledad Familiar**



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

La soledad familiar, hace referencia al vínculo que se mantiene con la familia en tiempo presente, que en concordancia con diversos autores la familia puede ser un apoyo importante que le permite al adulto mayor reforzar su sentido de valía. Los valores obtenidos demuestran, que 67,7% existe nivel medio, 32,3% nivel bajo y 0% nivel alto.

**Tabla 1. Tabla Cruzada entre Soledad Familiar y Sexo**  
**Tabla cruzada SOLEDAD FAMILIAR\*SEXO**

SOLEDAD FAMILIAR		SEXO		Total	
		FEMENINO	MASCULINO		
BAJO	Recuento	21	0	21	
	% del total	32,3%	0,0%	32,3%	
	MEDIO	Recuento	31	13	44
		% del total	47,7%	20,0%	67,7%
Total	Recuento	52	13	65	
	% del total	80,0%	20,0%	100,0%	

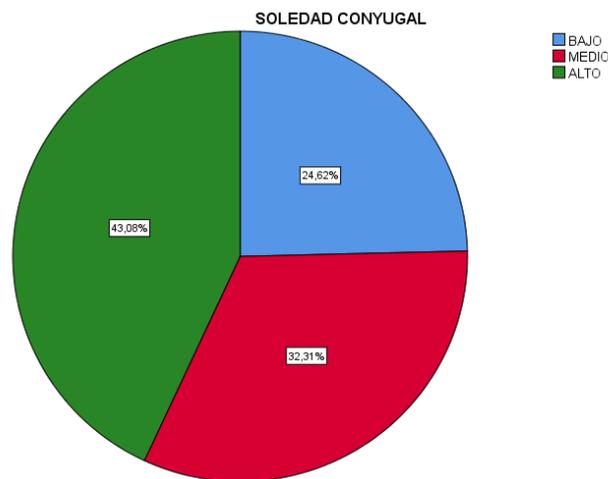
**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

De acuerdo al sexo, se identificó un nivel bajo con 32,3% en mujeres y 0% en hombres, en nivel medio un 47,7% en mujeres y 20% en hombres. Es decir, que a nivel alto ninguno de los dos percibe soledad familiar, a nivel medio ambos sexos lo perciben y a nivel bajo, solo las mujeres.

Los resultados obtenidos, permiten conocer que los adultos mayores no experimentan niveles elevados de soledad familiar, lo que no indica que no perciban este tipo de soledad en niveles medios. Así las mujeres generalmente experimentan sentimientos de tristeza más que los hombres al no tener cerca a sus hijos, esta particularidad que está vinculada al rol protector y materno de la cultura ecuatoriana. Al pasar la mayor parte del tiempo solos en casa sin sus familiares a promovido a la naturalización de no tener compañía.

En referencia a los que viven solos, en compensación realiza actividades sociales, con amigos o vecinos, no obstante, en otros casos prefieren permanecer en casa, en actividades de ocio, lo que ha promovido en ellos una escasa interacción y en consecuencia registran haber experimentado en determinados momentos tristeza o desánimo.

**Gráfico 15.** Soledad Conyugal



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

La soledad conyugal, indica la relación que existe con una pareja afectiva, estas relaciones pasan por algunos altibajos, pero también proporcionan afectividad, importancia hacia otro y el sentirse continuamente en compañía. En los datos obtenidos, predomina con un 43,1% nivel alto, seguida de un 32,3% nivel medio y un 24,6% de nivel bajo.

**Tabla 2.** Tabla Cruzada entre Soledad Conyugal y Sexo  
**Tabla cruzada SOLEDAD CONYUGAL\*SEXO**

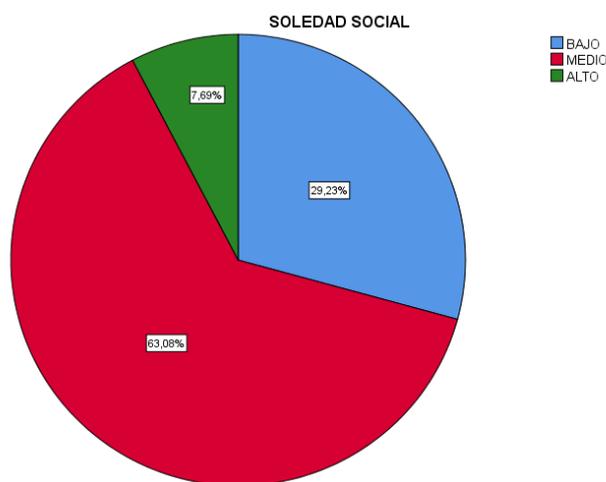
SOLEDAD CONYUGAL		SEXO		Total	
		FEMENINO	MASCULINO		
SOLEDAD CONYUGAL	BAJO	Recuento	16	0	16
		% del total	24,6%	0,0%	24,6%
	MEDIO	Recuento	21	0	21
		% del total	32,3%	0,0%	32,3%
	ALTO	Recuento	15	13	28
		% del total	23,1%	20,0%	43,1%
Total	Recuento	52	13	65	
	% del total	80,0%	20,0%	100,0%	

**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

En relación a la soledad conyugal de acuerdo al sexo de la población estudiada, se evidencia que en nivel bajo prevalece 24,6% en mujeres y a nivel medio un 32,3%, mientras que en el hombre no prevalece en ninguno de los dos. Pero en nivel alto la mujer manifiesta un 23,1% y el hombre un 20% de este tipo de soledad. Es decir que se evidencia soledad conyugal en las mujeres en los tres niveles, pero su mayor porcentaje se refleja en el nivel medio, mientras en el hombre solo se manifiesta en el nivel alto.

La información obtenida, permite conocer que en la muestra predomina la soledad conyugal en un nivel elevado, en ambos sexos, con preferencia en mujeres. Esto se debe a la omisión de una persona que brinde afecto romántico. Los adultos mayores manifiestan, la necesidad de sentirse queridos, aceptados, apoyados, siendo la viudez una de las crisis normativas con mayor frecuencia experimentada por ellos, que efectivamente han promovido a actitudes esquivas y de negación ante temas relacionados a la sexualidad, lo que se encuentra vinculado a la noción de “no estar más para eso” atribuido a las ideas irracionales con respecto a la vejez. Razón por la cual buscan establecer en algunos casos vínculos de amistad a través de grupos comunitarios, políticos y religiosos, para así evitar de esta forma los efectos de este tipo de soledad.

**Gráfico 16.** Soledad Social



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

La soledad social, considera la relación que tiene un individuo con otros, como parte del proceso de socialización, cuyo efecto positivo de aquello podría ser el fortalecimiento de identidad del individuo. Cuando el individuo no posee habilidades sociales, incrementa la probabilidad de sentirse solo/a. En los resultados obtenidos en la soledad social, se considera que existe 7,7% de nivel

alto, posterior a ello 29,2% de nivel bajo y su mayor porcentaje reposa en un 63,1% a nivel medio en esta categoría.

**Tabla 3.** Tabla Cruzada entre Soledad Social y Sexo

**Tabla cruzada SOLEDAD SOCIAL\*SEXO**

		SEXO		Total	
		FEMENINO	MASCULINO		
SOLEDAD SOCIAL	BAJO	Recuento	19	0	19
		% del total	29,2%	0,0%	29,2%
	MEDIO	Recuento	28	13	41
		% del total	43,1%	20,0%	63,1%
	ALTO	Recuento	5	0	5
		% del total	7,7%	0,0%	7,7%
Total		Recuento	52	13	65
		% del total	80,0%	20,0%	100,0%

**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

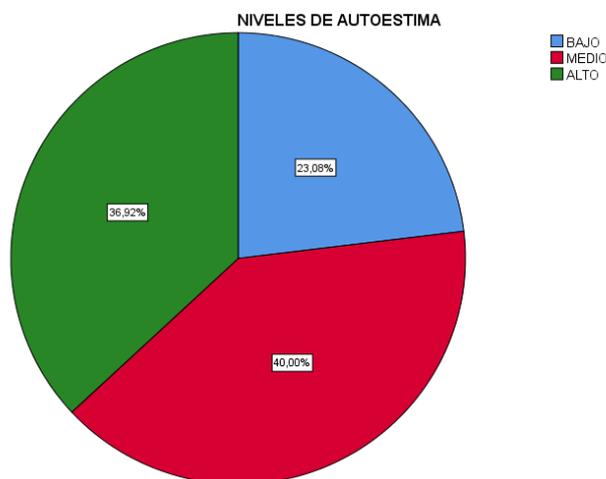
De acuerdo al sexo de la población estudiada, indica que en nivel bajo existe un 29,2% en mujeres y 0% en hombres, mientras que en nivel medio reposa un 43,1% en mujeres y 20% en hombres. Y a nivel alto la mujer manifiesta un 7,7% de este tipo de soledad. Es decir, que a nivel medio ambos sexos lo perciben y a nivel alto y bajo, solo las mujeres.

Los patrones culturales socialmente establecidos han promovido de forma evidente la experimentación de la soledad social como vivencia. No obstante, algunos adultos mayores poseen recursos que les facilitan la interacción, lo que explica la presencia de un nivel medio con respecto a este tipo de soledad. Las mujeres son quienes más la experimentan debido a su empoderamiento en el rol de madre y cuidadora, lo que, ha llevado a descuidar la interacción, sumando a ello las concepciones patriarcales que han promovido las limitaciones en el área social del sexo femenino en esta población.

Como tercer objetivo específico se planteó determinar el nivel de autoestima.

Coopersmith (1996), plantea la existencia de niveles de autoestima, donde cada individuo reacciona ante circunstancias semejantes, de diversos modos; teniendo autoconceptos disímiles, reacciones y expectativas desiguales ante el futuro; Caracterizando a continuación a las personas con alta, media y baja autoestima:

**Gráfico 17. Niveles de autoestima**



**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

Se reconoce que los individuos que mantienen una alta autoestima son expresivos, creativos, suelen poseer éxito social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el tener buenos resultados, piensan y asumen que su trabajo es de excelencia, conservan altas expectativas en correspondencia de futuros trabajos, se autorrespetan y sienten orgullo propio; con la aplicación instrumental se obtuvo 36,9% de los adultos mayores se categorizan en este nivel.

Los individuos con autoestima media son optimistas, expresivos, capaces de aceptar críticas de otros, dependientes de la aprobación de otros, de igual modo posee un alto número de afirmaciones positivas, siendo más módicos en sus expectativas y competencias en relación al grupo anterior; con la aplicación instrumental se obtuvo que el 40% de los adultos mayores se categorizan en este nivel.

Los resultados obtenidos arrojan que 23,1% de los adultos mayores se categorizan en un nivel bajo de autoestima; en el cual se registran características de desánimo, depresión, aislamiento, consideración de no tener algún atractivo, inhábiles para demostrar sus emociones y defenderse; comúnmente se sienten, mantienen una actitud negativa consigo mismos, están faltos de herramientas internas para resistir circunstancias que van acompañadas de angustias.

**Tabla 4.** Tabla Cruzada entre Niveles de Autoestima y Sexo

**Tabla cruzada NIVELES DE AUTOESTIMA\*SEXO**

NIVELES DE AUTOESTIMA			SEXO		Total
			FEMENINO	MASCULINO	
NIVELES DE AUTOESTIMA	BAJO	Recuento	15	0	15
		% del total	23,1%	0,0%	23,1%
	MEDIO	Recuento	26	0	26
		% del total	40,0%	0,0%	40,0%
	ALTO	Recuento	11	13	24
		% del total	16,9%	20,0%	36,9%
Total		Recuento	52	13	65
		% del total	80,0%	20,0%	100,0%

**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

Lo que respecta al nivel bajo de autoestima la mujer marca un 23,1% y a nivel medio demuestra tener un 40,0%, mientras que el hombre solo refleja autoestima en nivel alto, de 20% y la mujer 16,9%. Es decir que, de ambos sexos manifiestan niveles altos de autoestima, pero la mujer tiene tendencia en los tres niveles, donde su puntuación máxima reposa en nivel medio.

En los resultados obtenidos con respecto a la variable de autoestima, se evidencia predominio en el nivel medio y bajo en mujeres, seguido del alto en ambos sexos. Lo que indica que no existe mayor conflicto en relación al adulto mayor y su autoestima en hombres. No obstante, las mujeres presentan una variante, aquella que se relaciona con la ausencia de los hijos y pareja, lo que guarda relación con las puntuaciones obtenidas en soledad conyugal y familiar. En su generalidad, los adultos mayores mantienen ocupaciones básicas que les permiten sentirse útiles, como el ser abuelos cuidadores, amas de casa y en su mayoría consiguen realizar actividades instrumentales de la vida diaria.

#### **4.2. Discusión de resultados**

Los datos sociodemográficos de la población indican la prevalencia del sexo femenino (80%), viven con sus familiares (92,3%) y en su mayoría pasan solos (82%). En cuanto a la relación de pareja, un percentil mayor de la muestra (52%) no tiene actualmente ningún tipo de relación afectiva-romántica. Existe una relación significativa entre los estudios revisados y los resultados obtenidos en la presente investigación.

Así, una investigación con muestra de adultos mayores españoles, reveló que las puntuaciones más elevadas de soledad se dieron en el sexo femenino, en aquellos que vivían solos y que no estaban casados. (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014). Lo que a su vez concuerda con resultados de (Parlamento Europeo, 2015) donde, las mujeres mayores que viven solas son especialmente vulnerables al sentimiento de soledad.

Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. (2015), en su estudio realizado en Medellín, el estado civil es la variable que más predice la soledad en los adultos mayores, lo que se asemeja a los resultados obtenidos en nuestra investigación. No obstante, para su investigación, el sexo no fue determinante. López Doblaz & Díaz Conde (2018) en España, mostraron que, las personas que han perdido al cónyuge en una edad avanzada, eran más propensas a experimentar soledad. En su estudio se observaron diferencias de género, siendo los varones, los más frágiles, dato que difieren de los resultados de este estudio.

Los resultados obtenidos en el presente cuentan con gran relevancia al contrastarlo con el estudio realizado por la Universidad de Pennsylvania en el año 2018, al evidenciar una relación causal entre la soledad y el tiempo transcurrido en las redes sociales, en la cual, la población difiere de los estudios anteriores, con una muestra de 143 estudiantes universitarios, de 18 a 22 años. Se obtuvo como resultado que a menor uso de redes sociales se disminuye la probabilidad de experimentar soledad, debido a que, el seguimiento de las formas de vida de las personas por medio de las redes sociales lleva a percibir que la vida de otros es mejor que la propia.

Lo anteriormente señalado indicaría que, el sexo femenino frecuentemente es quien experimenta soledad; sin embargo, los hombres tienen las mismas probabilidades, aún a pesar del contexto. Se destaca al estado civil, como una variable predisponente, lo que probablemente puede explicarse a través de la percepción que tiene cada sujeto ante las crisis normativas y los patrones culturales. Resultando novedoso la brecha de la edad en relación a la experiencia de soledad y la implicación de las redes sociales, variable que no fue considerada en el presente estudio pero que se presta a ser valorada.

En los adultos mayores participantes solo el (10,8%) culminó la educación básica, el (86,2%) de la muestra no realizaba ninguna actividad productiva. Los hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. (2015) en su artículo "Variables asociadas con el sentimiento de soledad", realizado en Medellín en adultos mayores, donde indicaron que, a mayor grado de escolaridad menor soledad. En concordancia, (Donio Bellegarde, 2017) revela la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre la situación laboral y el nivel de estudio con respecto a la presencia de soledad en adultos mayores. Por lo cual, Guerrero & Yépez (2015), en su estudio "Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor en Pasto-Colombia", destacando la importancia de la escolaridad como un factor protector.

Aquello permitiría explicar la presencia de soledad en la muestra obtenida, en la que poseer un alto nivel de instrucción probablemente sería beneficioso a la hora

de valorar una situación de la vida diaria o la toma de decisiones, pues tendrían más recursos cognitivos a su disposición. Así se traduciría, en interés para la ciencia, el hecho de conocer las características de una población envejecida pero escolarizada a nivel medio, en referencia a la utilización de los mecanismos y estrategias de afrontamiento.

Los datos obtenidos en relación a los tipos de soledad, señalaron a la soledad familiar (67,7%) y la soledad social (63,1%) con percentiles a nivel medio. Mientras que la soledad conyugal representado con un nivel alto (43,1%).

Catuña (2015) en su estudio sentimiento de soledad y estado de salud realizado en Quito, capital de Ecuador, destacó que, de los 161 adultos mayores estudiados, el 70% tenía soledad familiar baja, el 34% soledad conyugal baja, el 52% soledad social media. Siendo un estudio realizado en población ecuatoriana y pese a que se trataba de otra región, los resultados discreparon con respecto a la soledad conyugal y familiar, sin embargo, fueron semejantes a los puntajes obtenidos en la soledad social, lo que podría verse limitado por aspectos relacionados a una moderada socialización, tal como lo expresa Rubio (2013).

Así, el estudio de Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. (2015), relaciona algunas variables sociodemográficas contempladas en la actual investigación, donde evidenció que, la soledad familiar es mayor en quienes vivían solos en comparación con quienes vivían en compañía de otras personas. En relación a la soledad social, fue menos frecuente en las mujeres y en quienes conviven con más de tres personas, en comparación con los que vivían solos, así mismo, quienes no realizaron ningún estudio o solo primaria en comparación con los que hicieron bachillerato, siendo la variable principal; el estado civil, de esta forma los que tienen pareja exteriorizan menos soledad social. Finalmente, en la soledad conyugal predominó el estado civil, razón por la cual, quienes vivían con la pareja tenían menos nivel de soledad de este tipo.

(Quiroz, Flores et al., 2017) en Xalapa México, en contraste con una población más lejana, realizó una comparación entre sexos, otra variable sociodemográfica expuesta, donde encontró mayor soledad familiar y social en varones y una mayor soledad conyugal en mujeres. Finalmente, al compararse quienes vivían solos; manifestaron más soledad social, conyugal, familiar, agitación y actitudes negativas hacia el envejecimiento, que los que vivían acompañados. Lo que reafirma la tendencia de que quienes vivían solos son los que están más expuestos al sentimiento de soledad.

Otro estudio en Yucatán-México de Kú, F., Lope, M. L., García, M., & Carrillo, E. (2017), realizado con personas de ambos sexos y la mayoría mujeres; con diversos estados civiles, aunque la mayoría eran casados, seguida de viudos y separados. El nivel de escolaridad fue principalmente de primaria, aun en

consideración de las variables sociodemográficas que giraban en torno al fenómeno su nivel de soledad conyugal era bajo debido a los fuertes lazos familiares, por lo que la soledad familiar también se puntuaba en percentil bajo.

Además, los resultados obtenidos indican que, de la muestra, el 40% conserva su autoestima en un nivel medio. Resulta escasamente consistente con la investigación de Orosco (2015), donde demuestra que, a mayor nivel de instrucción el nivel de autoestima aumenta; pues el total de adultos mayores que nunca asistieron a un centro de estudios, mostraron nivel de autoestima baja 8%. Aquello que no aplicaría en el presente estudio, pero resulta novedoso explorar si existe algún mecanismo de afrontamiento, capaz de disminuir los efectos ante una baja autoestima

El mismo autor, recalca que, de la totalidad de mujeres adultas mayores, el 86% eran solteras o viudas y sólo el 12% eran casadas. Estos últimos resultados permitirían explicar que en la muestra a pesar de su grado de escolaridad (primaria), el mantenimiento de su ocupación como amas de casa y adultos mayores cuidadores de nietos, actividades que probablemente habían promovido la conservación de su autoestima, aspecto reafirmado por Gajardo (2015) en su estudio con 41 mujeres mayores entre 58 a 87 años de edad que conformaban dos grupos, el primero con el rol de cuidadoras y el segundo las que vivían solas; donde el primer grupo obtuvo una puntuación en autoestima por encima de las que vivían solas pudiendo concluir por tanto que las mujeres mayores que se quedan solas, en su mayoría, logran adaptarse positivamente.

## 5. CONCLUSIONES

Una vez obtenido el análisis de resultados, se procede a establecer las conclusiones, teniendo en cuenta que no están direccionadas a otras personas, dado que los requerimientos de selección se instauraron bajo los criterios de inclusión y exclusión. Por tanto, son válidas únicamente para los individuos que participaron en la investigación o en su efecto que compartan características semejantes:

- En la muestra estudiada de adultos mayores, los datos sociodemográficos relevantes en la comprensión de las vivencias de soledad y la disminución de la autoestima, resaltan la ausencia del vínculo afectivo-romántico proporcionado por una pareja, aunque en su mayoría vivían con alguien más, ya sea este su familiar o no, lo que ha sido experimentado frecuentemente por adultos mayores con grado de escolaridad primario, en aquellos que no realizaban actividades productivas remuneradas.
- En los adultos mayores que participaron en el estudio presentaron soledad familiar, social y conyugal. No obstante, se evidenció predominio de la soledad conyugal, con mayor porcentaje en mujeres.
- En referencia a la autoestima, se constató que en la muestra predominó el nivel medio, lo que reflejó escaso conflicto con respecto a la variable. No obstante, los datos obtenidos indicaron que el porcentaje restante destacó en el nivel bajo, siendo el sexo femenino el más sobresaliente.

## 6. RECOMENDACIONES

Una vez obtenido los resultados, pertinentes a la investigación con respecto a las variables de estudio, se pueden recomendar algunos aspectos que van en relación a los objetivos específicos y las conclusiones del presente trabajo, las cuales pueden ser efectuadas bajo el fortalecimiento del convenio entre la Fundación NURTAC y la Facultad de Ciencias Psicológicas.

- **Desde la prevención**, elaborar un plan de intervención, sustentado en psicoeducación (talleres, seminarios) sobre aspectos vinculados a los efectos psicológicos y sociales en el envejecimiento. Además, el empleo de técnicas que les permitan conocerse a sí mismos y determinar cuáles son sus fortalezas, empoderando al adulto mayor de sus recursos personológicos y mejorando de esta forma su calidad de vida.
- Elaborar propuestas que promuevan el fortalecimiento de las políticas públicas que vayan acorde a las nuevas investigaciones en este campo.
- Que la Facultad de Ciencias Psicológicas promueva alianzas estratégicas con instituciones y organizaciones afines, para promover el incremento de espacios recreativos, donde se fomente la participación de este grupo etario en programas no solo de entretenimiento sino para que aporten con su experiencia a propuestas innovadoras que puedan ser ejecutadas posteriormente.
- **Desde la intervención a nivel individual**, considerar la clarificación de creencias irracionales, ya sean éstas, de tipo social, familiar o personal, que permitan cultivar una actitud desinteresada ante eventos potencialmente estresantes, modificando las estrategias de adaptación, como un factor de protección para un mejor envejecimiento.
- Direccionar atención a sus pensamientos, emociones y sensaciones evitando calificarlos o controlarlos, aún con más énfasis si se trata de temas referentes a la sexualidad debido a su concepción social aún mítica.
- **Desde la intervención a nivel grupal**, fomentar un envejecimiento activo a través de la TRE grupal, trabajando desde el sistema de creencias con el objetivo de alcanzar en ellos autonomía, así como el empleo de la terapia ocupacional, lo que permitirá mantener niveles adecuados de autoestima.

- Ante la soledad conyugal, emplear técnicas cognitivo conductual que permitan desarrollar una regulación emocional. (relajación interior, habilidades sociales, aceptación y compromiso, mindfulness).
- **Desde el ámbito de la investigación,** indagar cuales serían las estrategias eficaces de afrontamiento, basados en sus recursos, y redes de apoyo que, permitan asimilar de forma positivas los cambios físicos, psicológicos, sociales laborales y familiares propios de la etapa.
- Incrementar estudios sobre el papel de la red social familiar, desde una mirada multidimensional, en esta población, donde se evidencien los efectos de las técnicas cognitivo conductual en el mejoramiento de las relaciones sociales, a fin de mejorar el sostén afectivo.
- Se sugiere ampliar el presente estudio a una investigación de tipo correlacional, que permita conocer a fondo como una variable incide sobre la otra, así como también explorar desde otros enfoques que permitan estudiar al adulto mayor desde su subjetividad, con el objetivo de continuar indagando por más profesionales de la salud mental el campo extenso de las problemáticas o fenómenos de este grupo etario.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda Soler, P. (2010). Actualización en fragilidad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45(2), 106-110.
- Alvarado, A. M., Maya, S., & María, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Barrera, E. (2017). Actividad física, autoestima y situación social en las personas mayores. *Revista de psicología del deporte*, 26(4), 0010-16.
- Barrera-Algarín, E. (2017). Actividad física, autoestima y situación social en las personas mayores. *Revista de psicología del deporte*, 26(4), 0010-16.
- Baumeister et al., (2003) ¿La alta autoestima causa un mejor desempeño, éxito interpersonal, felicidad o estilos de vida más saludables? *Psychol. Sci. Interés Público* 2003; 4: pp. 1-24
- Bermejo, J. (2005). La soledad en los mayores. 13. *Madrid: IMSERSO*.
- Boss, L., Kang, D.-H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>
- Branden, N. (2011). El poder de la autoestima. Florida: Paidós. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=ZpN\\_LF5yGEMC&printsec=frontcover&dq=Branden+\(2011\)+La+autoestima+es+una+poderosa+fuerza+dentro+de+cada+uno+de+nosotros.+Comprende+muchom%C3%A1s+que+ese+sentido+innato+de+auto+val%C3%ADa+que+presumiblemente+es+nuestro+derecho+de+nacer.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjo79zs5c7YAhXNt1MKHW\\_ODyoQ6AEIMTAB#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=ZpN_LF5yGEMC&printsec=frontcover&dq=Branden+(2011)+La+autoestima+es+una+poderosa+fuerza+dentro+de+cada+uno+de+nosotros.+Comprende+muchom%C3%A1s+que+ese+sentido+innato+de+auto+val%C3%ADa+que+presumiblemente+es+nuestro+derecho+de+nacer.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjo79zs5c7YAhXNt1MKHW_ODyoQ6AEIMTAB#v=onepage&q&f=false)
- Branden, N., & Wolfson, L. (1989). *Cómo mejorar su autoestima*. Paidós.
- Buz, J. (2013). *Envejecimiento y soledad: la importancia de los factores sociales*. México: Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades (CMUCH).
- Buz, J., & Pérez-Arechaederra, D. (2014). Psychometric properties and measurement invariance of the Spanish version of the 11-item de Jong Gierveld loneliness scale. *International psychogeriatrics*, 26(9), 1553-1564.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived Social Isolation and Cognition. *Trends in cognitive sciences*, 13(10), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. W. (2015). The Neuroendocrinology of Social Isolation. *Annual review of psychology*, 66, 733-767. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>
- Calasanti, T. (2015). Combating ageism: How successful is successful aging?. *The Gerontologist*, 56(6), 1093-1101.
- Canales E. (2010). Mujeres mayores: Estudio de la repercusión de la pérdida del papel de cuidadoras en su autoestima. *Revista profesional española de terapia cognitivo – conductual*. 5 (1): 60 – 72.
- Canto, H. G., & Castro, E. K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2).
- Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. (2015) Variables asociadas con el sentimiento de soledad en adultos que asisten a programas de la tercera edad del municipio de Medellín. *Med U.P.B*;34(2): 102-114. <http://dx.doi.org/10.18566/medupb.v34n2.a03>
- Cardona, D., & Peláez, E. (2015). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones.
- Cardona, J., & Villamil, M. (2006). El sentimiento de soledad en el adulto mayor. *Asoc Colomb Gerontol Geriatr*, 20(2), 930-938.
- Cardona, J. L., Villamil, M. M., Henao, E., & Quintero, A. (2009). Concepto de soledad y percepción que dé su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia 2007. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2).
- Cardona Jiménez, Jairo León, Villamil Gallego, María Mercedes, Henao Villa, Eucaris, & Quintero Echeverri, Ángela. (2010). Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 416-427. Retrieved February 24, 2019, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072010000300012&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300012&lng=en&tlng=es).
- Cardona Jiménez, J., Villamil Gallego, M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, Á. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B*, 32(1), 9-19. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/2122>

- Cardona Jiménez, J., Villamil Gallego, M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, Á. (2016). Variables asociadas con el sentimiento de soledad en adultos que asisten a programas de la tercera edad del municipio de Medellín. *Medicina U.P.B*, 34(2), 102-114. doi:<http://dx.doi.org/10.18566/medupb.v34n2.a03>
- Catuña, T. (2015). *Relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acuden al Centro Médico Tierra Nueva, mediante la aplicación del cuestionario Sf 36 y escala este, periodo febrero-mayo del 2015* (Master's thesis, PUCE)
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), "Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad" [LC/L.3220(CEP.2010/5)], documento presentado al Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, Santiago de Chile, mayo.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International psychogeriatrics*, 28(4), 557-576.
- Congreso Nacional del Chile (2015). *Programa de las Américas; Personas mayores en Chile, salud y bienestar*. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/observatorio/americas/noticias/personas-mayores-en-chile-salud-y-bienestar>
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Ciudad Alfaró: Asamblea Constituyente.
- Coopersmith, S. (2010). Escala de autoestima de Coopersmith versión adulto.
- Coopersmith, S. (1996). Estudio sobre autoestima. Ed. Trillas. México
- Córdoba, A. M. C., Rueda, M. L. C., & Aparicio, M. J. G. (2013). Validación de constructo de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 9(1), 45-53.
- Cornachione, L. M. (2006). Psicología de la vejez. *Argentina: Ed brujas*.
- Cornachione, M. (2010). Psicología del desarrollo aspectos biológicos, psicológicos y sociales. *Córdoba, Argentina: Editorial Brujas*.
- Díez, J., & Morenos, M. (2015). La Soledad en España. *Madrid: Fundación AXA Fundación ONCE*.
- Donaldson, J. M., & Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of advanced nursing*, 24(5), 952-959.

- Donio Bellegarde Nunes, M. (2017). La soledad de las mujeres mayores que viven solas.
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2016). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Ediciones *Paidós Ibérica*.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. Encuentros multidisciplinares, 16, 1-11. Recuperado de <http://www.encuentros multidisciplinares.org>.
- Fernández-Ballesteros, R., & Zamarrón, M. D. al.(2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Flores-Bello, C., Correa-Muñoz, E., Retana-Ugalde, R., & Mendoza-Núñez, V. M. (2018). Control glucémico relacionado con la autoestima y depresión de adultos mayores con diabetes mellitus en la Ciudad de México. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 26(2), 129-134.
- Florindez, C., & Leonor, F. (2018). Talleres de Autoestima Basados en la Teoría de Stanley Coopersmith, Nathanel Branden y otros para Mejorar la Baja Autoestima y Elevar el Rendimiento Escolar de las Estudiantes del 3 Grado A Secundaria de Menores de la IE N 111002" Javier Heraud. del Distrito de Trujillo, Provincia Trujillo Región La Libertad-2014.
- Gajardo Jauregui, Jean. (2015). Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta bioethica*, 21(2), 199-205. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200006>
- Galiana, L., Badenes-Ribera, L., & Fuentes, M. C. (2018). Una aproximación con modelos competitivos a la dismorfia muscular: El papel de la autoestima y la regulación emocional. *Psychology, Society, & Education*, 10(3), 325-336.
- George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for window Step by Step. *Boston, MA*.
- González-Celis, A. L., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-510.
- Grupo de Trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la OEA (2013), "Plan de trabajo del Grupo de trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (2013 - 2014)" (OEA.Ser.G CAJP/GT/DHPM100/13 rev. 2), Comisión de Asuntos Jurídicos y

Políticos, Consejo Permanente de la OEA, 25 de septiembre, [en línea], <[http://www.oas.org/consejo/sp/cajp/Personas%20 Mayores.asp](http://www.oas.org/consejo/sp/cajp/Personas%20Mayores.asp)>.

- Guerrero, C. Y. (2018). Nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa San Miguel Arcángel de primer a quinto grado de secundaria del distrito San Miguel de El Faique, provincia Huancabamba de la Región Piura 2016.
- Guerrero, N., & Yépez-Ch, M. C. (2015). Factors associated with the vulnerability of the elderly with health disorders. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la. *Ciudad de México: Mc Graw Hill*.
- Hidalgo Flores, I. R., Moscoso Camacho, S. A., Huamán, R., & Jhesabel, W. (2018). Relación entre funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes de 12 a 14 años en una Institución Educativa Pública.
- Honigh-de Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Groeniger, I. B. O., van Huysduynen, E. J. H., de Groot, L. C., & van't Veer, P. (2014). Loneliness literacy scale: development and evaluation of an early indicator for loneliness prevention. *Social indicators research*, 116(3), 989-1001.
- Huenchuan, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. *Materiales de estudio y divulgación. Módulo, 2*. CEPAL, Naciones Unidas.
- Imsero. (2001) La soledad de las personas mayores. Rev. Sesenta y más. Publicación No 194. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2011). Salud Mental en el Ecuador. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Infografias/SaludMental.pdf>
- Izquierdo Martínez, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 67-86.
- Karnick, P. M. (2005). Feeling lonely: theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 7-12; discussion 6. Recuperate of: <https://doi.org/10.1177/0894318404272483>
- Kú, F., Lope, M. L., García, M., & Carrillo, E. (2017). Percepción de la soledad en los adultos mayores de la localidad de Molas, Yucatán. *PSICUMEX*, 7(1), 58-69.

- León, R. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez*. Chile: Pontificia Universidad Católica.
- Lezaun, J. J. Y., Sarasola, A. C., Chamorro, S. H., Hernandis, S. P., Canals, S. R., & Talavera, C. S. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (66), 61-75.
- Llanes Torres, H. M., Sepúlveda, Y. L., Vázquez Aguilar, J. L., & Hernández Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74.
- López Doblas, J. y M. P. Díaz Conde. 2018. "El sentimiento de soledad en la vejez". *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- López-Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza*. Obtenido de Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. Recuperado de : [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/archives/mtas0093.dir/mtas](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/mtas0093.dir/mtas)
- Lorente, R., & Maciá, E. S. (2015). La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención. In *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor* (pp. 229-237). ASUNIVEP.
- Manrique, V. E. C., Ellis, A., & Lega, L. I. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*.
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en Psicología*, 3(2), 105-116.
- Martínez, A. I. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 67-86.
- Martínez-Carbajal et al., (2018). La soledad en las personas mayores: un análisis de la Escala Este II VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. México
- Milicic, M. (2001). *Creo en ti: La construcción de la autoestima en el contexto escolar*. Lom.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2018). Programas y servicios de la Dirección Población adulta Mayor. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

- Morejón, A. J. V., Jiménez, R. V. M., & Zanin, G. B. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43.
- Naciones Unidas (2013), "Seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General" (A/68/167), Sexagésimo octavo período de sesiones, [en línea], <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/402/54/PDF/N1340254.pdf?OpenElement>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). Envejecimiento y salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud#>
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, (018), 91-104.
- Ortiz JB, Castro M. (2009) Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia y Enfermería*; XV (1):25- 31. [Revista virtual Concepción Chile]. [Fecha de acceso 29 de agosto de 2011] En: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>.
- Pallela. (2012). Metodología de la investigación cuantitativa. Caracas: Fondo Editorial FEDUPEL.
- Papalia, D. (2012) Desarrollo Humano. Ciudad de México, México: Editorial: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA • Fisioterapia Latina. (2016)
- Papalia, D. E. (2009). Desarrollo del adulto y vejez (No. Sirsi) i9789701069639)
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2005). Edad adulta tardía. *Desarrollo humano*. 9ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana, 670-755. Cardona, J., & Villamil, M. (2006).
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos-López, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. [https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304\\_2](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2)
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and applied social psychology*, 23(4), 245-266.
- Quintero, Á., & Henao, M., & Villamil, M., & León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 35 (1), 90-100.
- Quiroz, C. O. A., Flores, R. G., García, J. J. V., Castro, S. B. E., & Rubio, L. R. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 364-372.
- Quiroz, C. O. A., Quintana, J. T., Flores, R. G., Castro, S. B. E., García, J. J. V., & Rubio, L. R. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188.
- Ramos, Y y Borges, D (2016) "Autoestima global y autoestima materna en madres"
- Resino, D. A. (2018). Análisis descriptivos de datos con IBM SPSS Statistics. *Revista Complutense de Educación*, 29(1), 313.
- Rodas, T y Sánchez, M (2006) La Psicología de la Autoestima. Barcelona Editorial PAIDOS
- Rodríguez Martín, Marta. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166. Recuperado en 14 de enero de 2019. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es).
- Rodríguez Uribe, A. F., Valderrama Orbegozo, L. J., & Molina Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25).
- Rodríguez, M. (slf). Cómo desarrollar la autoestima. México: Centro de Asesoría y Capacitación.
- Rojas, Q., & Milagros, V. (2017). La autoestima.
- Rubio Herrera, R., & Aleixandre Rico, M. (1999). La escala " este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 15(9), 26-35.
- Rubio Herrera, R., & Tapia Pinto, C. (2004). La distribución del tiempo en la vejez. *Yuste Rosell N, Rubio Herrera R, Rico M. Introducción a la psicogerontología. Madrid: Ediciones Pirámide*, 263-270.

- Rubio R, Aleixandre M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. Universidad de Granada. *Rev. Mult. Gerontol*; 11(1):23-28.
- Rubio, R. (2009). *La soledad en los Adultos Mayores; una alternativa de medición a través de la escala ESTE*. Obtenido de Universidad de Granada: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Rufino, E. (2018). Nivel de autoestima en el adulto mayor del centro de desarrollo integral de las familias distrito de Castilla–Piura 2018.
- Schwartz, B. M., Wilson, J. H., & Goff, D. M. (2018). *An easyguide to research design & SPSS*. SAGE Publications.
- Tarazona Luján, R. F. (2013). Variables psicológicas asociadas al uso de facebook: autoestima y narcisismo en universitarios.
- Thomae H. (2002) Haciéndole frente al estrés de la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 34 (1-2): 42-54.
- Triadó, C. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje. *Aula abierta*, 47(1), 63-66.
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2015). A narrative review of the theoretical foundations of loneliness. *British Journal of Community Nursing*, 20(7), 329-334. Recuperado de: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.7.329>
- United Nations. (2015). *World Population Ageing. 1950-2050*. New York: United Nations Publications .
- Vahos, H. (2013). Autoestima para niños y jóvenes. Lima: vahos
- Valek de Bracho, M. (2007). *Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de educación superior* (No. 37 370). e-libro, Corp.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 42(3), 177-183.
- Villavicencio, I. J., & Rivero, R. P. (2014). Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana 2011. *Revista Científica Alas Peruanas*, 1(1).
- Weiss, R. S. (2003). Loneliness: The experience of emotional and social isolation.

## 8. ANEXOS

### ANEXO A

#### ACTA DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo a Ashly Castello y Domenica Toala; receptar la información a través de los registros y entrevista correspondiente, con el objeto que puedan ser estudiadas y eventualmente utilizadas con fines educativos y/o científicos en estas u otras investigaciones.

Asumo que el presente consentimiento informado nos garantizará el cumplimiento de todas las normas de privacidad y confidencialidad de la información obtenida, protegiendo mi identidad, así como también el conocer todo análisis e informe respecto a la información recogida.

Autorizó de manera libre y voluntaria el uso y estudio de la información obtenida por los registros al igual que la entrevista, así como también el manejo de la información por parte del practicante durante todo el proceso de investigación, devolución de resultados y publicación.

Manifiesto haber leído y entendido el presente documento y estar de acuerdo con lo anteriormente expuesto.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

### Test Mini – Mental – State Examination.

Nombre: ..... Edad..... Sexo .....

Escolaridad..... Ocupación.....

Fecha .....

<p>Orientación (puntuación máxima. 10 pts)</p> <p>Interrogar al paciente sobre el día de la semana; fecha de hoy, mes, año o estación.</p> <p>Interrogar al paciente acerca del nombre del hospital, piso, ciudad, provincia, país.</p>	<p>1. Día de la semana-----</p> <p>2- Fecha de hoy-----</p> <p>3- Mes-----</p> <p>4.-Año-----</p> <p>5-Estación del año-----</p> <p>6- Institución-----</p> <p>7- Piso-----</p> <p>8- Ciudad-----</p> <p>9- Provincia-----</p> <p>10- País-----</p>
<p>2-Registro (puntuación máxima 3 pts). Explorar en el paciente su capacidad de memoria, repetir despacio las palabras: pelota, bandera, árbol. Repetirlas 6 veces hasta que el paciente las aprenda. Registrar el número de intentos</p>	<p>11- Pelota-----</p> <p>12- Banderas-----</p> <p>13- Árbol-----</p>
<p>3-Cálculo y atención (puntuación máxima de 5 pts)</p> <p>a) - Contar a partir de 100 restando 7. Para después de 5 respuestas (93/86/79/72/65). Dar 1 punto para cada respuesta correcta.</p>	<p>14- 93-----</p> <p>15- 86-----</p> <p>16- 79-----</p> <p>17- 72-----</p> <p>18- 65-----</p>
<p>b)- Si el sujeto no puede realizar las tareas deletrear la palabra mundo de atrás hacia adelante. Dar 1 pto por cada letra bien ubicada.</p>	<p>ODMUM-----5 Ptos.</p> <p>ODMUN-----3 Ptos.</p> <p>19- No deletrea bien</p>

<p>5)- Lenguaje. (Puntuación máxima 9 ptos).</p> <p>a)- Mostrar al paciente un reloj y preguntarle. ¿Qué es esto?</p> <p>Repetir lo mismo para el lápiz.</p> <p>Dar un punto para cada respuesta correcta.</p> <p>b)- Repetir NI SI, NI NO, NI peros.</p> <p>Realizar una orden en 3 tiempos:</p> <p>c)- Coger el papel con la mano derecha con la mano, doblarlo por la mitad y ponerlo en el piso.</p> <p>d)- Leer y obedecer la orden que se da por escrito. Cierre los ojos.</p> <p>e)- Escriba una oración.</p> <p>f)- Copiar un dibujo</p>	<p>23- Reloj----</p> <p>24- Lápiz-----</p> <p>25- Repetición-----</p> <p>26- Coger el papel-----</p> <p>27- Doblarlo por la mitad. ----- ----</p> <p>28-Ponerlo en el piso-----</p> <p>29- Cerrar los ojos-----</p> <p>30- Escritura-----</p> <p>31- Dibujo-----</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumar el número de respuestas correctas (en la pregunta 3), incluir los incisos del 14 al 18 o el ítem 19, pero no ambos máximos de puntos 30.

Puntuación total-----

Calificación:

Sin deterioro cognoscitivo 24- 30 -----

Con deterioro cognoscitivo 0- 23-----

## ANEXO C

### Valoración del riesgo familiar.

Elaborado por: MSc. Lazara Milagros Velis Aguirre.

#### EXPLORAR LOS DATOS SOCIO- DEMOGRÁFICOS

#### MODALIDAD:

Atención domiciliaria \_\_\_\_\_ Atención diurna \_\_\_\_\_ Espacios alternativos \_\_\_\_\_

1. ¿Qué edad tiene usted? \_\_\_\_\_
- Sexo: 1.  
2. Masculino \_\_\_\_\_ 2. Femenino \_\_\_\_\_
- ¿Has estado casado o unido? 1. 2-  
3. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿Tienes pareja  
4. actualmente? 1.SI \_\_\_\_\_ 2-  
NO \_\_\_\_\_
5. ¿Asistió a la escuela? 1:SI \_\_\_\_\_ 2.NO \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es su último grado terminado?
7. ¿Usted realiza algún trabajo? 1-SI-----2-NO-----
8. ¿Quiénes viven en su casa, además de usted?
9. ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?
10. ¿Toman en cuenta sus opiniones los integrantes de su familia?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
11. ¿Pasa tiempo solo en casa?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
12. ¿Cuánto tiempo pasa solo en casa?  
MUCHO \_\_\_\_\_ BASTANTE \_\_\_\_\_  
POCO \_\_\_\_\_
13. ¿Cree que en su familia lo respetan?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

## ANEXO D

### Inventario de autoestima.

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

<u>PROPOSICIONES</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>
1- Generalmente los problemas me afectan poco		
2- Me cuesta trabajo hablar en público.		
3- Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.		
4- Puedo tomar fácilmente una decisión.		
5- Soy una persona simpática.		
6- En mi casa me enoja fácilmente.		
7- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.		
8- Soy una persona popular entre las personas de mi edad.		
9- Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.		
10- Me doy por vencido (a) fácilmente.		
11- Mi familia espera demasiado de mí.		
12- Me cuesta trabajo aceptarme como soy.		
13- Mi vida es muy complicada.		
14- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15- Tengo mala opinión de mí mismo.		
16- Muchas veces me gustaría irme de casa.		
17- Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.		
18- Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente.		
19- Si tengo algo que decir generalmente lo digo.		
20- Mi familia me comprende.		
21- Los demás son mejores aceptados que yo.		
22- Siento que mi familia me presiona.		
23- Con frecuencia me desanimo por lo que hago.		
24- Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25- Se puede confiar poco en mí.		

## ANEXO E

### ESCALA ESTE-R DE LOS TIPOS DE SOLEDAD

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo					
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?					
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9. Mi familia se preocupa por mí					
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera					
11. Realmente me preocupo por mi familia					
12. Siento que pertenezco a mi familia					
13. Me siento cercano a mi familia					
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos					
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					
17. Me encuentro a gusto con la gente					
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19. Me siento aislado					
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					

21. Siento que mi familia es importante para mí					
22. Me gusta la gente con la que salgo					
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28. Siento que soy importante para la gente					
29. Siento que no soy popular					
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
34. Tengo miedo de muchas cosas					

## Tablas

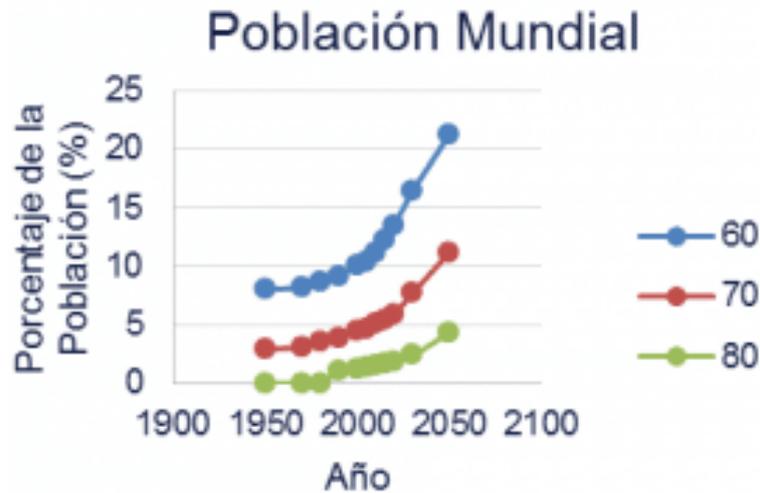
**Tabla 5.** Estadísticas de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,838	,793	11

**Fuente:** Elaborado por Castello y Toala en SPSS, 2019

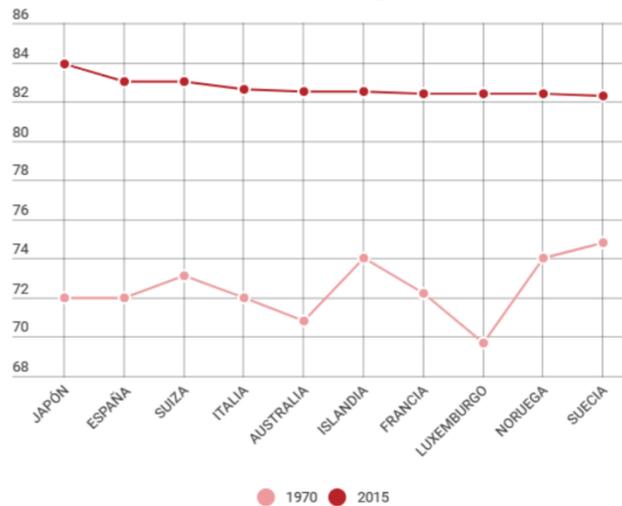
## Gráficos

**Gráfico 1.** Porcentaje de la Población desde 1900 a 2100



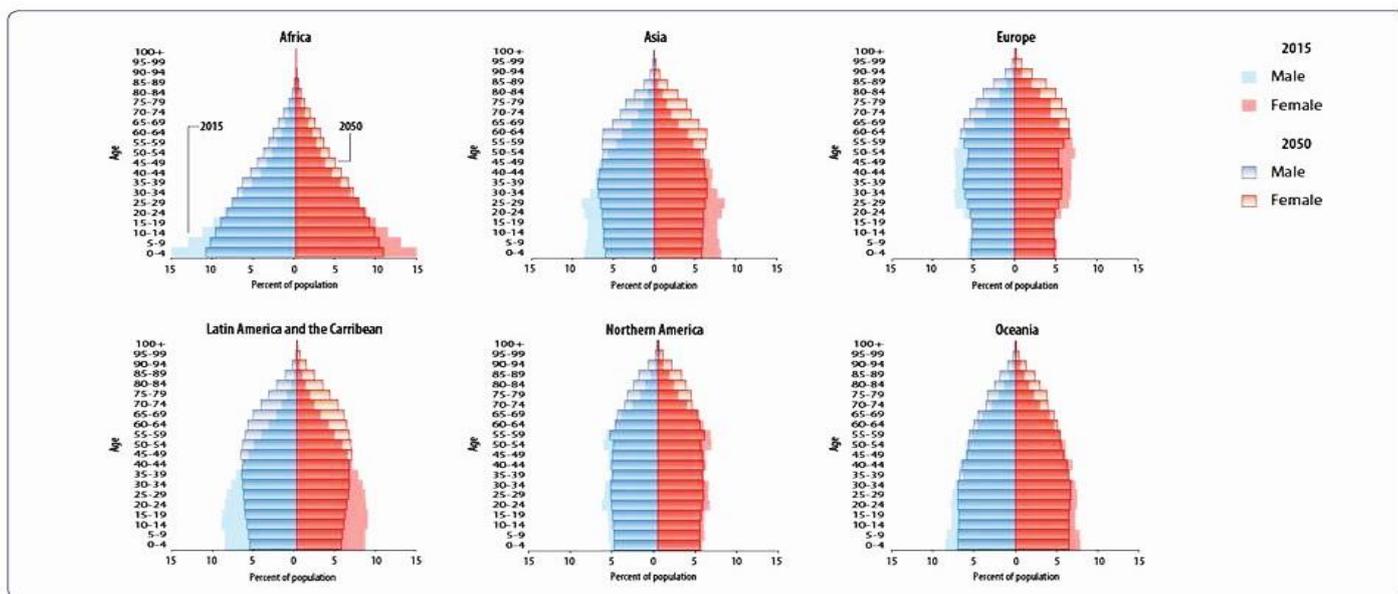
**Fuente:** United Nations, World Population Ageing, 2015

**Gráfico 2.** Diez países más envejecidos según la OCDE



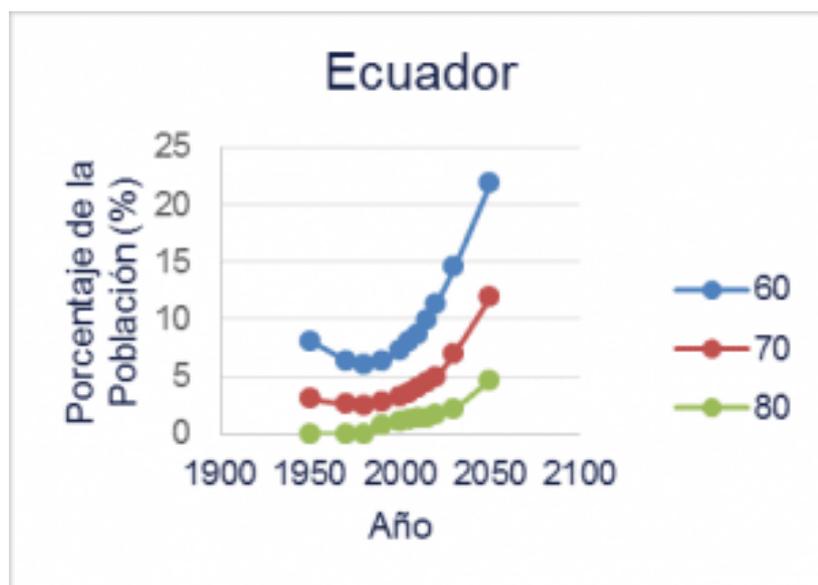
**Fuente:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), según Health at a Glance 2017, en su informe de salud.

**Gráfico 3:** Aceleración del envejecimiento mundial en las próximas décadas



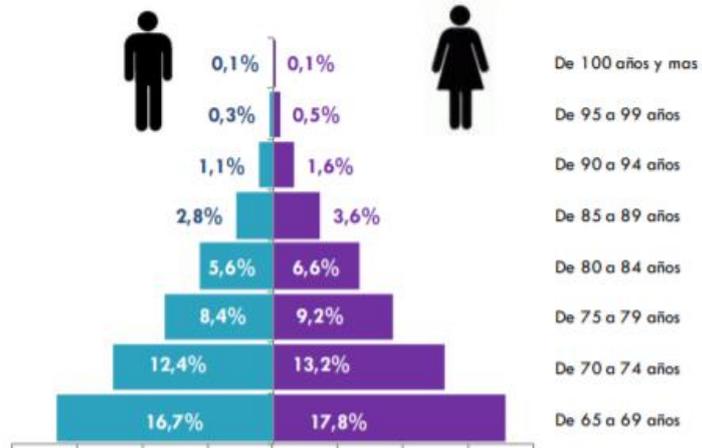
**Fuente:** Naciones Unidas (2015)

**Gráfico 4.** Porcentaje de la Población en Ecuador desde 1900 a 2100



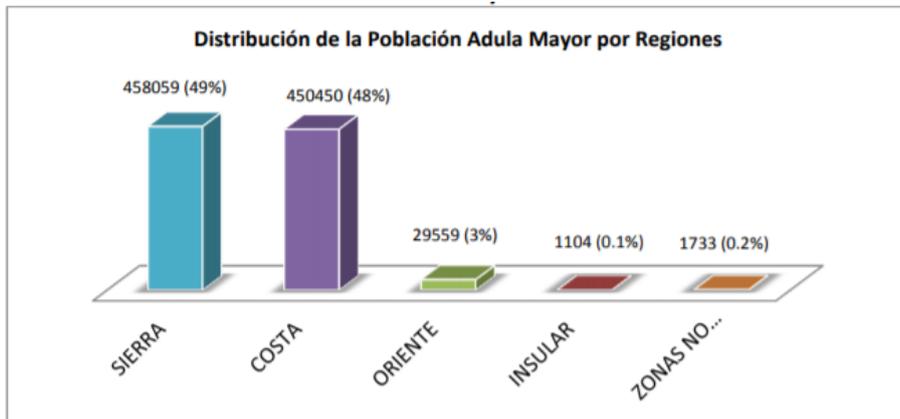
**Fuente:** United Nations, World Population Ageing, 2015

**Gráfico 5.** Personas Adultas Mayores en Ecuador por Sub grupo etarios



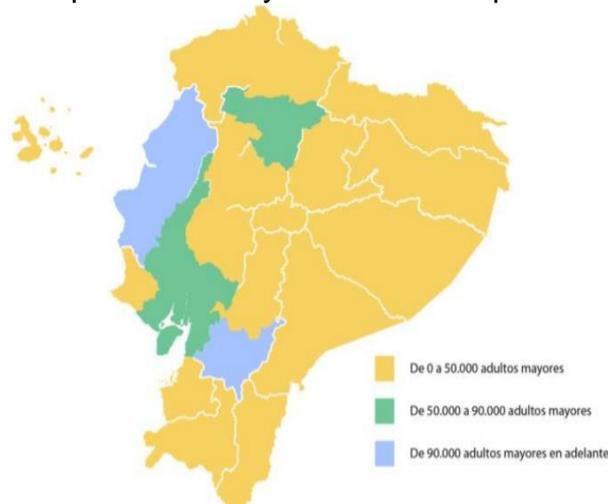
**Fuente:** INEC, Censo de Población y Vivienda, 2010

**Gráfico 6.** Distributivo de la población adulta mayor en Ecuador por regiones



**Fuente:** Subsecretaría de la Atención Intergeneracional

**Gráfico 7.** Provincias que tienen mayor cantidad de personas adultas mayores



**Fuente:** INEC, Censo de Población y Vivienda, 2010



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

Guayaquil, 25 de Febrero del 2019

Ps.  
**LUIS ALVARADO SÁNCHEZ**  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **SOLEDAD Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NURTAC, MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DURÁN** de las estudiantes **ASHLY CAROLINA CASTELLO NAVARRETE** y **DOMÉNICA STEPHANIA TOALA QUIJJE**, indicando han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

PS. ILEANA ÁLVAREZ MOLINA MSC.  
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN  
C.I. 0909587230

Universidad de Guayaquil  
Facultad de Ciencias  
Psicológicas

25 FEB 2019





Universidad de Guayaquil

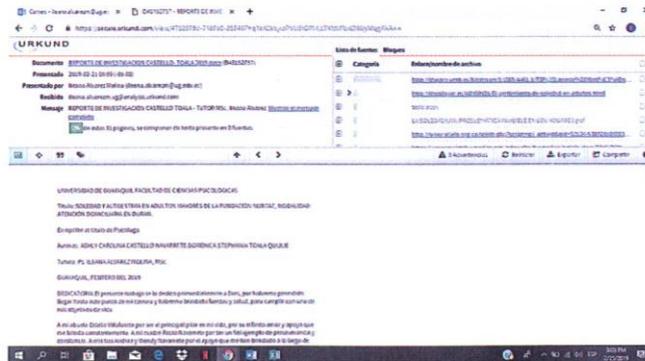
ANEXO 6

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado PS. ILEANA ALVAREZ MOLINA, MSC., tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por ASHLY CAROLINA CASTELLO NAVARRETE C.C. 0954234621 Y DOMÍNICA STEPHANIA TOALA QUIJIJE C.C. 1313471094, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Psicóloga.

Se informa que el trabajo de titulación "SOLEDAD Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NURTAC, MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DURÁN", ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (URKUND) quedando el % de coincidencia.



<https://secure.orkund.com/view/47025798-718098-355467#q1bKLVayio7VUSrOTM/LTmTsxLTIWymqgFAA==>

Ps. ILEANA ALVAREZ MOLINA, MSC.  
No. C.I. 0909587230

Universidad de Guayaquil  
Facultad de Ciencias  
Psicológicas  
UNIDAD DE TITULACIÓN

25 FEB 2019





Universidad de Guayaquil

ANEXO 7

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 18 de marzo 2019

MSc. Luis Alvarado Sánchez  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad.-

**De mis consideraciones:**

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **SOLEDAD Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NURTAC, MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DURÁN** de las estudiantes **ASHLY CAROLINA CASTELLO NAVARRETE Y DOMÉNICA STEPHANIA TOALA QUIJIE**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

**Cumplimiento de requisitos de forma:**

- El título tiene un máximo de 15 palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo 5 años.
- La propuesta presentada es pertinente.

**Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:**

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que las estudiantes **ASHLY CAROLINA CASTELLO NAVARRETE Y DOMÉNICA STEPHANIA TOALA QUIJIE** están aptas para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
PSI. EVELIN TORRES RONQUILLO MSC.

DOCENTE TUTORA REVISORA

C.I. 0911119675

Universidad de Guayaquil  
Facultad de Ciencias  
Psicológicas

 18 MAR 2019  
11:13  
UNIDAD DE TITULACIÓN



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN



ANEXO 10

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Soledad y autoestima en adultos mayores de la Fundación NURTAC, modalidad atención domiciliaria en Durán.		
<b>AUTORES:</b>	Castello Navarrete Ashly Carolina. Toala Quijije Doménica Stephania.		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES):</b>	Psi. Torres Ronquillo Evelin / Psi. Álvarez Molina Ileana María		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad de Guayaquil.		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Psicológicas.		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	No aplica.		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Psicóloga.		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	26 de Marzo del 2019.	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	91
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Soledad - Autoestima		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Adulto Mayor, Envejecimiento, Soledad, Autoestima, Cognitivo-Conductual. Elderly, Ageing, Loneliness, Self Esteem, Cognitive-Behavioral.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>Debido al incremento de la población adulta mayor en Ecuador se realizan estudios científicos desde diferentes disciplinas. El presente estudio planteo determinar los tipos de soledad y la autoestima en adultos mayores. La metodología fue cuantitativa de tipo descriptivo, con corte transversal no experimental, la muestra fue de tipo no probabilística, de selección intencional, se conformó por 65 adultos mayores beneficiarios de la Fundación "NURTAC", bajo la modalidad de atención domiciliaria en Durán. En los resultados, sociodemográficamente se evidenció prevalencia en la ausencia de pareja, pero conviven con otros familiares, estudios incompletos de educación primaria y escasa realización de actividades productivas. En cuanto a los tipos de soledad, existe predominio del nivel alto en el área conyugal, sin embargo, a nivel familiar y social un nivel medio. Por su parte, la muestra presenta no tener dificultades significativas en la autoestima, su tendencia puntúa un nivel medio. La fiabilidad de este estudio bajo el Alfa de Cronbach marca 0,838.</p> <p>Due to the increase of the older adult population in Ecuador, scientific studies are carried out from different disciplines. The present study proposed to determine the types of loneliness and self-esteem in older adults. The methodology was quantitative of a descriptive type, with a non-experimental cross-section, the sample was of a non-probabilistic type, of intentional selection, and was composed of 65 elderly beneficiaries of the "NURTAC" Foundation, under the modality of home care in Durán. In the results, sociodemographic evidence showed prevalence in the absence of a partner, but they coexisted with other relatives, incomplete studies of primary education and scarce performance of productive activities. As for the types of solitude, there is a predominance of the high level in the conjugal area, however, at the family and social level, a medium level. For its part, the sample presents no significant difficulties in self-esteem, its tendency points to a medium level. The reliability of this study under Cronbach's Alpha scores 0,838.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0989397313 0985133733	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:ashly_14_castello@hotmail.com">ashly_14_castello@hotmail.com</a> <a href="mailto:dome_toqui@hotmail.com">dome_toqui@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Facultad de Ciencias Psicológicas <b>Teléfono:</b> 2394315 / 2394313 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:fpssicolo@ug.edu.ec">fpssicolo@ug.edu.ec</a>		



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 11

Guayaquil, 18 de Marzo del 2019

### CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **PS. EVELIN TORRES RONQUILLO MGS.**, tutor del trabajo de titulación "**SOLEDAD Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NURTAC, MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DURÁN**" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **ASHLY CAROLINA CASTELLO NAVARRETE** con C.I. **0954234621** y **DOMÉNICA STEPHANIA TOALA QUIJJE** con C.I. **1313471094**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **PSICÓLOGA**, en la Carrera de Psicología /Facultad de Ciencias Psicológicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Ps. Evelin Torres Ronquillo Mgs.

Docente Tutora Revisora

C.I. 0911119675

Universidad de Guayaquil  
Facultad de Ciencias  
Psicológicas

18 MAR 2019  
11:13  
UNIDAD DE TITULACIÓN



Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 12

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO  
COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **ASHLY CAROLINA CASTELLO NAVARRETE** con C.I. 0954234621 y **DOMÉNICA STEPHANIA TOALA QUIIJE** con C.I. 1313471094, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es "**SOLEDAD Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NURTAC, MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DURÁN**" son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

Ashly Carolina Castello Navarrete  
C.I. 0954234621

Doménica Stephania Toala Quiije  
C.I. 1313471094

\*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.