

**FACTORES RESILIENTES QUE PERMITEN MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE
ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.**

Wendy Lorena Uribe Marín

Kelly Yohana Morales Zapata

Angélica María Salazar Gaviria



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

**FACTORES RESILIENTES QUE PERMITEN MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE
ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.**

Wendy Lorena Uribe Marín

Kelly Yohana Morales Zapata

Angélica María Salazar Gaviria

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: Cesar Augusto Jaramillo Jaramillo, Magíster (MSc) en [Ejemplo, Psicología Clínica].



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

Dedicatoria

Este logro no es solo mío, es la consecuencia del esfuerzo y sacrificio de muchas personas, en especial, de quien me ha acompañado y amado en los mejores y peores momentos, el hombre que me ha apoyado incondicionalmente, el que siempre me ha motivado a salir adelante y a querer ser mejor, y quien siempre me ha dado lo mejor de él, no solo con sus cuidados y amor, sino, porque me dio los mejores regalos que pudo darme la vida, mis hijas Stephany y Luciana, de quienes me siento orgullosa, y que además, son el motor que me impulsa a iniciar cada día con nuevas energías.

Los amo profundamente. Angélica María Salazar G.

Este trabajo es el resultado de mucho esfuerzo, pasión, amor, entrega y dedicación, no solo de mi parte sino de parte de las personas que han estado en cada uno de los momentos felices, tristes e incluso difíciles que este proceso formativo ha traído consigo, de aquellas personas que han estado para mí y me han motivado para alcanzar cada logro, que me han apoyado cuando he sentido que no puedo más, aquellas que han creído y metido las manos al fuego por mí en todo momento. Es por ello por lo que este trabajo va dedicado a esas personas y especialmente a la mujer de mi vida, te amo madre, sin ti nada de esto habría sido posible.

Con amor Wendy Lorena Uribe Marín

Quiero dedicar este triunfo a mi padre Iván Morales, sin su apoyo en mi vida este triunfo hubiese sido más difícil de cumplir. Padre gracias por ser un apoyo en mi crecimiento profesional y personal por sembrar en mi vida, por creer en mí, por nutrir mis sueños y hacer méritos, sacrificios y esfuerzos para que yo pudiese llegar hoy a cumplir esta gran meta. Te amo padre y agradezco enormemente tu apoyo en mi vida.

Kelly Morales

Agradecimientos

Hoy quiero expresar mi agradecimiento en primer lugar, a mi familia, puesto que todos y cada uno de ellos, de alguna manera aportaron a mi proceso formativo, no solo profesional, sino también personal, ya que, de una u otra forma, siempre sentí su apoyo incondicional, la motivación que me imprimieron en unas ocasiones, y en otras, porque simplemente comprendieron mi ausencia en momentos en los que seguramente debía estar. Solo me queda darles infinitas gracias, este es un logro que también es de ustedes y es el inicio de muchos otros, que, con la ayuda de Dios, querré compartir siempre a su lado.

En segundo lugar, agradezco a mi alma mater, en la cual encontré personas que cada día me ayudaron a crecer en todo sentido, agradezco a mis docentes, que con gran sentido humano, me acompañaron durante estos cinco años, muchos de ellos, a los que admiro y aprecio profundamente, en especial, a mi docente, asesor y amigo Cesar Augusto Jaramillo, quien representó en este proceso, una guía, un polo a tierra, un ejemplo de rigurosidad y en ocasiones, un hombro para llorar, quien cada día me enseñó, que no importaba lo difícil que pareciera, que solo debía confiar en mi misma y seguir adelante. En tercer y último lugar, aunque no menos importante, agradezco a la que es más que mi compañera, a la que ha batallado junto a mí en todo este proceso, la que me ha enseñado que hay términos medios, a mi amiga, Wendy Lorena Uribe Marín, a quien respeto y admiro por todo lo que ella representa. Cuando miro hacia atrás consciente del hoy, me siento una persona muy afortunada y satisfecha con lo que he obtenido hasta ahora, y, con el hecho de haber podido contar con las personas que hicieron parte ello.

Gracias y mil gracias. Angélica María Salazar G.

Cuando veo hacía atrás y observo el camino recorrido, entiendo que para cosechar hay que sembrar, comprendo que generalmente en la vida nada es fácil, pero también comprendo que casi nada es imposible porque las barreras y límites más grandes siempre están en uno mismo. Cuando observo el camino recorrido no me queda duda alguna de lo agradecida que estoy con Dios, con la vida y con cada una de las personas que han hecho que este proceso tan importante para mí dejara de ser un sueño y se convirtiera en una realidad, mi realidad, la que tanto anhelé.

Por ello, en primer lugar, agradezco a mi familia; a mi madre la cual no ha dejado ni un solo momento de su vida de darme la dulzura y el amor que han enriquecido mi corazón, le agradezco su apoyo incondicional, su entrega y su esmero por hacer de mi felicidad, mis metas y mis sueños siempre una prioridad. Así mismo, agradezco a mi padre y a mi abuelita por siempre creer en mí, por su amor infinito y por nunca dudar que podría lograr cada una de las metas que me he trazado a lo largo de mi vida.

Agradezco a mi hermanito por estar siempre a mi lado, por ser mi motor, mi motivo y la luz de mi camino, por ser mi compañía incondicional y una de las bendiciones más grande que Dios me ha dado en la vida, te amo con el alma. Agradezco también a mi mejor amigo y hermano Sergio, gracias por la alegría en los momentos más tristes, gracias por el apoyo, por ser mi bastón y mi sostén, por ser un faro en medio de la oscuridad, por sacar lo mejor de mí y nunca dejarme desfallecer, por estar en lo bueno y en lo malo, en lo dulce y en lo amargo, gracias por el amor y la entrega incondicional.

En segundo lugar, agradezco a mi universidad por abrirme las puertas y acogerme, así como a las personas que este proceso ha traído a mi vida; a mis docentes, muchos de los cuales no solo me han brindaron conocimientos sobre psicología u otros temas de carácter académico, sino que me han brindado su cariño, me han motivado, y me han enseñado que el ser prima sobre el saber; que la vocación, la pasión y la entrega son los elementos principales en esta hermosa labor, los admiro y los llevo en mi corazón. Doy gracias principalmente a uno de ellos, a Cesar Jaramillo, quien ha sido no solo un profesor y asesor, sino un ejemplo de persona y de lo que significa amar lo que se hace, quien muchas veces ha sido como un padre para mí, gracias profe.

Así mismo, agradezco a mis compañeros, muchos de los cuales ahora son más que eso, son mis amigos, personas que han enriquecido mi formación y mi vida entera, haciendo aún más valioso este proceso. Agradezco a las dos mujeres valientes, luchadoras, entregadas e inteligentes con las que Dios me dio la oportunidad no solo de conformar un excelente equipo de trabajo y sacar adelante este proyecto sino en las que me dio la oportunidad de tener grandes amigas. Especialmente agradezco a mi gran compañera y amiga Angélica Salazar, mujer a la que no solo admiro sino a la cual quiero con todo mi corazón, gracias por luchar hombro a hombro conmigo en este camino.

¡Gracias! Wendy Lorena Uribe Marín.

Le agradezco a Dios principalmente por ser mi más grande fortaleza, mi guía y alentador en mi vida, gracias por darme todas las capacidades y oportunidades para lograr salir adelante. También agradezco enormemente a mi familia por ser un apoyo esencial en todas las áreas de mi vida y ser una de las principales motivaciones, por las cuales levantarme cada mañana a darlo todo y seguir adelante con cada una de mis metas. Gracias a mis padres y hermanos por ser parte de este proceso.

En especial quiero dar un agradecimiento a mi hermano Alexis por ser alguien incondicional en mi vida, por cuidarme desde niña, por siempre estar ahí para mí cuando lo necesito y por demostrarme su amor y cariño de diversas maneras, espero verte pronto cumplir tus sueños y metas, Te amo. Igualmente quiero agradecer a mi persona favorita; Santiago por ser un bastón en mi proceso profesional y personal, por ayudarme incondicionalmente en todas y cada una de las áreas de mi vida, por motivarme en los momentos difíciles a continuar en el proceso, por entenderme, disfrutar y apoyar mi pasión por la psicología. Por último, agradezco enormemente a nuestro docente y asesor Cesar Jaramillo por su apoyo incondicional tanto en el proceso académico y profesional como en el personal sin su apoyo, dedicación y enseñanzas esto no hubiese sido posible. Mil gracias.

Kelly Morales

Tabla de contenido

Listas especiales	11
Resumen	13
Abstract	14
Introducción	15
1. Planteamiento del Problema	18
2. Justificación.....	28
3. Objetivos	31
3.1. Objetivo General	31
3.2. Objetivos Específicos.....	31
4. Marco Referencial	32
4.1. Marco de antecedentes	32
4.2. Marco conceptual	76
4.2.1. Vejez:	76
4.2.2. Envejecimiento:	76
4.2.3. Adulto mayor:	77
4.2.4. Calidad de vida:	78
4.2.5. Centros de protección integral al adulto mayor:	79
4.2.6. Resiliencia:.....	79
4.3. Marco teórico.....	81
4.3.1 Teorías acerca de la vejez:	81
4.3.2. Resiliencia:.....	89
4.3.3. Calidad de vida:	94
4.4. Marco Institucional: Fundación Huellas del Ayer	102
4.5. Marco ético legal	104
4.5.1. Marco Legal Internacional	104
4.5.2. Marco legal Nacional	107
4.5.3. Marco Legal Local: Antioquia.....	111
4.5.4. Marco legal municipal: Medellín.....	113
5. Metodología	115
5.1. Tipo de estudio: Racionalidad Mixta	115
5.1.1. El enfoque cuantitativo	115

5.1.2. El enfoque cualitativo	117
5.2. Nivel y diseño del estudio	120
5.2.1. En lo cualitativo: Enfoque descriptivo y analítico	120
5.2.1.1. <i>Enfoque descriptivo y analítico</i>	120
5.2.2. Diseño de triangulación concurrente (DITRIAC).....	120
5.2.3. En lo cuantitativo: enfoque descriptivo observacional de corte trasversal.	121
5.2.3.1 <i>Diseños transeccionales descriptivos</i>	121
5.3. Población y muestra:	121
5.4. Técnicas de recolección de información	122
5.4.1. Instrumentos cualitativos	123
5.4.1.1. Entrevista semi-estructurada	123
5.4.1.2. Grupo focal.....	123
5.4.2. Instrumentos cuantitativos:	123
5.4.2.1. <i>Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; de Connor y Davidson, 2003)</i> :	123
5.4.2.2. <i>Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS de la Organización Mundial de la Salud</i> :	124
5.5. Recolección, procesamiento y análisis de la información:	126
5.6. Consideraciones éticas:	127
5.7. Procedimiento.....	128
6. Análisis y Resultados	133
6.1. Análisis de información cualitativa.....	133
6.1.1. Análisis de Entrevistas semiestructuradas:	133
6.1.1.1. <i>Categoría: adulto mayor</i>	133
6.1.1.2. <i>Categoría: institucionalización</i>	136
6.1.1.3. <i>Categoría: calidad de vida</i>	138
6.1.1.4. <i>Categoría resiliencia</i>	146
6.1.2. Análisis grupo focal	148
6.1.2.1. <i>Categoría adulto mayor</i>	148
6.1.2.2. <i>Categoría Institucionalización</i>	149
6.1.2.3. <i>Categoría calidad de vida</i>	149
6.1.2.4. <i>Categoría resiliencia</i>	150
6.1.3. Cruce de información de entrevistas semiestructurada y grupo focal	151

6.1.3.1. <i>Categoría adulto mayor.</i>	151
6.1.3.2. <i>Categoría institucionalización.</i>	153
6.1.3.3. <i>Categoría calidad de vida.</i>	155
6.1.3.4. <i>Categoría resiliencia.</i>	159
6.2. Análisis de Información Cuantitativa:.....	161
6.2.1. Análisis descriptivo de información sociodemográfica.....	161
6.2.1.1. Grafica 1. <i>Sexo de la población objeto de estudio.</i>	161
6.2.1.2. Grafica 2. <i>Edad de la población objeto de estudio.</i>	162
6.2.1.3. Grafica 3. <i>Estado civil de la población objeto de estudio.</i>	163
6.2.1.4. Grafica 4. <i>Escolaridad de la población objeto de estudio.</i>	164
6.2.1.5. Grafica 5. <i>Estado de enfermedad de la población objeto de estudio.</i>	165
6.2.2. Análisis descriptivo de la información de la escala de resiliencia CD-RISC	166
6.2.2.1. Grafica 6. <i>Resiliencia Global de la población objeto de estudio.</i>	166
6.2.2.2. Grafica 7. <i>Factor Confianza-Instinto de la población objeto de estudio.</i>	167
6.2.2.3. Grafica 8. <i>Factor Competencia personal de la población objeto de estudio.</i>	168
6.2.2.4. Grafica 9. <i>Factor Relaciones Seguras de la población objeto de estudio.</i>	169
6.2.2.5. Grafica 10. <i>Factor Control de la población objeto de estudio.</i>	170
6.2.2.6. Grafica 11. <i>Factor Espiritualidad de la población objeto de estudio.</i>	171
6.2.3. Análisis descriptivo de la información del cuestionario de calidad e vida de la OMS WHOQOL-BREF	172
6.2.3.1. Grafica 12. <i>Calidad de Vida Global de la población objeto de estudio.</i>	172
6.2.3.2. Grafica 13. <i>Salud Física de la población objeto de estudio.</i>	173
6.2.3.3. Grafica 14. <i>Salud Mental de la población objeto de estudio.</i>	174
6.2.3.4. Grafica 15. <i>Relaciones Sociales de la población objeto de estudio.</i>	175
6.2.3.5. Grafica 16. <i>Ambiente de la población objeto de estudio.</i>	176
6.2.4. Tablas con cruces de variables generales Resiliencia global y Calidad de vida global: con otras de posibilidades de “significancia”	177
6.2.4.1. Tabla 1. <i>Resiliencia global vs edad.</i>	177
6.2.4.2. Tabla 2. <i>Resiliencia Global vs Calidad de Vida Global.</i>	178
6.2.5. Cruce de factores resilientes con respecto a la calidad de vida global	179
6.2.5.1. Tabla 3. <i>Factor Competencia Personal vs Calidad de Vida Global.</i>	179
6.2.5.2. Tabla 4. <i>Factor Confianza- Instinto*Calidad de Vida Global Tabulación Cruzada</i>	180

6.2.5.3. Tabla 5. <i>Factor Relaciones Seguras vs Calidad de Vida Global</i>	181
6.2.5.4. Tabla 6. <i>Factor Control vs Calidad de Vida Global</i>	182
6.2.5.5. Tabla 7. <i>Factor Espiritualidad vs Calidad de Vida Global</i>	183
6.2.6. Cruce de resiliencia global con respecto a las dimensiones de calidad de vida	184
6.2.6.1. Tabla 8. <i>Resiliencia Global vs Salud Física</i>	184
6.2.6.2. Tabla 9. <i>Resiliencia Global vs Salud Mental</i>	185
6.2.6.3. Tabla 10. <i>Resiliencia Global vs Relaciones Sociales</i>	186
6.2.6.4. Tabla 11. <i>Resiliencia Global vs Ambiente</i>	187
7. Discusión.....	188
8. Conclusiones	228
9. Recomendaciones.....	232
Referencias	234
Anexos.....	243

Listas especiales

Lista de figuras

<u>Grafica 1.</u> Sexo de la población objeto de estudio.....	161
<u>Grafica 2.</u> Edad de la población objeto de estudio.....	162
<u>Grafica 3.</u> Estado civil de la población objeto de estudio.....	163
<u>Grafica 4.</u> escolaridad de la población objeto de estudio.....	164
<u>Grafica 5.</u> Estado de enfermedad de la población objeto de estudio.....	165
<u>Grafica 6.</u> Resiliencia Global de la población objeto de estudio.....	166
<u>Grafica 7.</u> Factor Confianza-Instinto de la población objeto de estudio.....	167
<u>Grafica 8.</u> Factor Competencia personal de la población objeto de estudio.....	168
<u>Grafica 9.</u> Factor Relaciones Seguras de la población objeto de estudio.....	169
<u>Grafica 10.</u> Factor Control de la población objeto de estudio.....	170
<u>Grafica 11.</u> Factor Espiritualidad de la población objeto de estudio.....	171
<u>Grafica 12.</u> Calidad de Vida Global de la población objeto de estudio.....	172
<u>Grafica 13.</u> Salud Física de la población objeto de estudio.....	173
<u>Grafica 14.</u> Salud Mental de la población objeto de estudio.....	174
<u>Grafica 15.</u> Relaciones Sociales de la población objeto de estudio.....	175
<u>Grafica 16.</u> Ambiente de la población objeto de estudio.....	176

Lista de Tablas

Tabla 1. Resiliencia global vs dad.....	177
Tabla 2. Resiliencia Global vs Calidad de Vida Global.....	178
Tabla 3. Factor Competencia Personal vs Calidad de Vida Global.....	179
Tabla 4. Factor Confianza- Instinto*Calidad de Vida Global Tabulación Cruzada.....	180
Tabla 5. Factor Relaciones Seguras vs Calidad de Vida Global.....	181
Tabla 6. Factor Control vs Calidad de Vida Global.....	182
Tabla 7. Factor Espiritualidad vs Calidad de Vida Global.....	183
Tabla 8. Resiliencia Global vs Salud Física.....	184
Tabla 9. Resiliencia Global vs Salud Mental.....	185
Tabla 10. Resiliencia Global vs Relaciones Sociales.....	186
Tabla 11. Resiliencia Global vs Ambiente.....	187

Resumen

La resiliencia es la capacidad para activar las fortalezas y enfrentar las adversidades, buscando salidas adecuadas frente a ellas, convirtiéndose así, en un factor protector que incide de manera positiva tanto en la calidad de vida como en una mejor vivencia de la vejez. Es por ello, que el presente estudio tiene como objetivo determinar cuáles son los factores resilientes que permiten a los adultos mayores institucionalizados mejorar su calidad de vida.

Para lograrlo, se seleccionó una muestra de 9 adultos mayores institucionalizados de la Fundación Huellas del Ayer, del corregimiento de San Antonio de Prado del municipio de Medellín. El estudio se implementó desde una racionalidad mixta; a nivel cualitativo, se trabajó un enfoque descriptivo analítico y, a nivel cuantitativo, un enfoque descriptivo observacional de corte transversal.

Se concluyó que los adultos mayores que tienen una alta resiliencia tienden a percibir una mejor calidad de vida. Igualmente, se encontró que los adultos mayores institucionalizados en situación de vulnerabilidad evalúan su calidad de vida principalmente con base en factores objetivos como: recursos materiales, satisfacción de las necesidades básicas que la institución le suple, entre otros, sin embargo, los factores internos y la posición subjetiva del adulto mayor juegan un papel fundamental en la percepción de su etapa vital y su calidad de vida. Además, se halló que los diferentes factores de resiliencia analizados son importantes a la hora de evaluar la calidad de vida percibida por parte del adulto mayor, siendo los factores más significativos, el factor *espiritualidad* y el factor *relaciones seguras*, los cuales hacen parte tanto del constructo de calidad de vida como del de resiliencia.

Palabras clave: Adulto mayor, envejecimiento, vejez, institucionalización, calidad de vida, resiliencia y factores resilientes.

Abstract

Resilience is the ability to activate strengths to face adverse situations, seeking appropriate solutions to them, thus becoming a protective factor that positively affects both the quality of life and a better experience of old age. That is why, the present study aims to determine what are the resilient factors that allow institutionalized older adults to improve their quality of life.

To achieve this, 9 institutionalized older adults from the Huellas del Ayer Foundation located in the village (jurisdiction) of San Antonio de Prado in the municipality of Medellin. The study was implemented applying a mixed methods research; in which, at the qualitative level, an analytical descriptive approach was used, and at the quantitative level, an observational, descriptive and cross-sectional (transverse) approach.

It was concluded that older adults who have high resilience tend to perceive a better quality of life. It was also found that institutionalized older adults in situations of vulnerability evaluate their quality of life, mainly based on objective factors such as: material resources and the satisfaction of basic needs that the institution provides, however, internal factors and the subjective position of the older adult play a fundamental role in the perception of the vital stage in which they find themselves and in the perception of their quality of life. In addition, it was found that the different resilience factors analyzed are important when evaluating the quality of life perceived by the older adults, being the *spirituality* and the *secure relationships*, the most significant factors, which are part of both, the construct of quality of life, as well as that of resilience.

Keywords: Older adult, aging, old age, institutionalization, quality of life, resilience and resilient factors.

Introducción

En la actualidad, tanto a nivel mundial, como nacional, se presenta un aumento significativo de la población que sobrepasa los 60 años, y a quienes, según la Organización de Naciones Unidas (ONU) se considera como adultos mayores. Dicha población representa no solo un gran porcentaje de la población mundial, sino uno de los grupos etarios más vulnerados a nivel social, político, económico e incluso familiar (Arango, 2017).

Así, el adulto mayor, atraviesa por una etapa del ciclo vital denominada vejez, la cual es considerada una de las más complejas de la vida, ya que trae consigo no solo diversos cambios y modificaciones a nivel biológico, que requieren una adaptación a un funcionamiento corporal generalmente en decadencia, acompañado de afecciones y limitaciones físicas y mentales, sino, que se presenta como una etapa de vulnerabilidad psicológica y social, en la que las afecciones de salud mental, están en muchos casos, relacionadas, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico, el abandono, la falta de atención y las graves pérdidas de dignidad y respeto que se propician al adulto mayor (OMS, 2017). Lo anterior enmarcado o promovido por un contexto social en el que se percibe al adulto mayor, desde estereotipos y/o imaginarios negativos que lo devalúan y disminuyen en sus capacidades reales y hacen que se vulneren sus derechos (Rodríguez, 2011).

Todo esto ha traído como consecuencia, que el adulto mayor sea dejado de lado, menospreciados, vulnerado, abandonado e invisibilizado desde las diferentes esferas sociales, entre ellas, la familia, en la cual, hay una disminución en el interés por el cuidado y convivencia con el adulto mayor e incluso menosprecio por el mismo. Así, Adams (2012) sugiere que, los adultos mayores se transforman en una carga, en un peso que soportar, en una molestia para sus familias, que, en muchos casos simplemente no están interesados en cuidar de ellos, aspecto que trae como consecuencia, el abandono del adulto mayor y su ingreso en instituciones sociales, presentándose dicho ingreso, como la mejor e incluso como la única opción en muchos casos, para esta población.

Dichas instituciones, son las encargadas de ofrecer al adulto mayor, albergue, atención en salud, entre otros servicios, es decir, atención integral, independientemente del grado de incapacidad física y /o psíquica que tenga. El ingreso en estas instituciones, dependiendo de las circunstancias en que se dé, puede afectar, como señalan Gutiérrez, Orozco, Roza & Martines

(2017), de manera positiva o negativa la calidad de vida del adulto mayor, ya que puede significar en unos casos, un apoyo al mismo y en otros puede implicar, entre otras cosas, un debilitamiento de los lazos sociales y familiares e incluso un evento que produzca insatisfacción con la vida.

Así, lo anterior puede impactar el sentido de vida y el significado que el adulto mayor construye sobre la vejez y sobre ser viejo, incidiendo esto, sobre la calidad de vida, la cual, según la OMS en el 2005 se define, no solo con respecto a la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, sino también, de la forma en que percibe su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales, sus creencias personales y espirituales (OMS, 2005, citado en Gutiérrez, et al, 2017). Es decir que, en cuanto a la calidad de vida, no solo se tienen en cuenta factores objetivos, sino también subjetivos enmarcados en la posición personal que asume el adulto mayor, la cual, está guiada por características de personalidad de éste.

Lo anterior alude, a la responsabilidad personal del adulto mayor frente a su vida y proceso de envejecimiento, ya que, si bien, hay factores biológicos, políticos, sociales y familiares como prejuicios, estereotipos marginación, exclusión, entre otros, cada persona decide cómo vive cada etapa de su vida. En este sentido, hay características personales, que también influyen y aportan a una mejor calidad de vida, entre ellas, la resiliencia, la cual, se compone de diversos factores y debe considerarse tanto, como un atributo innato individual y/o como un proceso y resultado final, que se define como, la capacidad de reponerse tras situaciones traumáticas o de estrés extremo de manera exitosa o la capacidad de aguantar las diversas situaciones que se presentan pese a los obstáculos que podrían impedirlo (Jiménez, 2008). También, se considera, “un rasgo relativamente integral de la persona que ayuda a ésta a adaptarse en la vida, es decir, una característica de la personalidad que ayuda o modera las consecuencias de las situaciones que generan estrés y promueve una buena adaptación” (Becoña, 2006; Wagnild y Young, 1993, citados en Cruz, 2015, p. 10).

En el caso del adulto mayor institucionalizado, la capacidad resiliente es un factor que puede aportar a la calidad de vida de éste, ya que “la resiliencia promueve que la persona no sólo se adapte a las situaciones, sino que se adapte de manera positiva y manteniendo una buena salud mental” (Cabanyes, 2010, citados en Cruz, 2010, p. 10). Por ende, la resiliencia se puede

considerar un factor protector ante los sucesos, adversidades y cambios de la vida, que se puede poner en uso frente a los eventos negativos y estresantes, lo que permite enfrentar de una mejor forma las situaciones que se presenten, encontrando la manera de sobreponerse a ellas.

El hecho de que la resiliencia sea una capacidad que también puede hacer parte de un proceso de aprendizaje, abre la posibilidad de actuar sobre ella potenciándola, incrementándola e incluso creándola y generándola, incidiendo esto, de manera positiva en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores. Teniendo en cuenta lo anterior, y el acercamiento al panorama del aumento de la población adulta mayor, además de las condiciones poco favorables que generalmente los cobijan, se evidencia la necesidad de mayores estudios e investigaciones desde las diferentes disciplinas de las ciencias sociales, humanas y de la salud, en diversos temas que inciden en el proceso de envejecimiento como por ejemplo, aspectos y características psicológicas como la resiliencia y su influencia en la calidad de vida, que permitan abrir la perspectiva frente a la etapa de la vejez, (ya que son temas, generalmente estudiados en otras etapas del ciclo vital como la niñez y la adolescencia) lo que contribuiría e impactaría sobre las Políticas de Prevención en Salud, de modo que se intervenga y se trabaje en la prevención de situaciones excluyentes que produzcan vulnerabilidad en la población en cuestión, a través de programas enfocados o dirigidos no solo al adulto mayor, sino, hacia la familia, profesionales e instituciones que los acogen, de modo, que le permitan tener un envejecimiento satisfactorio y con bienestar.

Por todo lo planteado anteriormente, surge interés en determinar cuáles son los factores resilientes que permiten a los adultos mayores institucionalizados, en este caso, en situación vulnerable, mejorar su calidad de vida, con lo que se hace imprescindible una actitud de mayor compromiso de profundización y conocimiento sobre dicha población.

1. Planteamiento del Problema

La vejez hace alusión a la etapa por la cual atraviesa la población denominada “adulto mayor o persona vieja o viejo”. Esta es una de las etapas más complejas del ciclo vital por varias razones. En primer lugar, desde una perspectiva biológica, el envejecimiento, según la Organización de Naciones Unidas (ONU) inicia alrededor de los 60 años y significa que se está ingresando en la última y más prolongada etapa de la vida “ya que puede corresponder a casi la tercera parte de la existencia” (Arango, 2017, p. 10).

En segundo lugar, esta etapa trae consigo diversos cambios, ya que el envejecimiento se entiende como “Un conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los seres vivos” (Gutiérrez, et al, 2017, p. 15) que implican un mayor esfuerzo por parte de la persona, en la medida en que requiere una adaptación a un funcionamiento corporal generalmente en decadencia, acompañado de afecciones y limitaciones físicas y mentales. Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud OMS en el año 2017, por un lado, plantea que las principales enfermedades y limitaciones físicas que predominan en el adulto mayor son: artritis, diabetes, hipertensión arterial, desnutrición, Parkinson, osteoporosis, disminución o pérdida total de la movilidad, audición visión, entre otros, por otro lado, que entre las principales afecciones mentales más prevalentes en el mismo, se encuentran: la demencia, la depresión, la ansiedad, el aislamiento, deterioro de las habilidades cognitivas entre otras, lo cual se complejiza, ya que a medida que se envejece aumentan las probabilidades de que se padezcan varias de estas afecciones al mismo tiempo (OMS, 2017).

Aun así, en cuanto a lo que refiere a salud mental, la OMS también señala que, la etapa vital de mayor vulnerabilidad para padecer afecciones mentales no es la vejez sino la adolescencia, sin embargo, el maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material, el abandono, la falta de atención y las graves pérdidas de dignidad y respeto que se propician al adulto mayor, son factores que impactan directamente su salud mental (OMS, 2017). En ese sentido y, en tercer lugar, un factor que hace aún más complicada la etapa de la vejez es el cambio en la perspectiva social, ya que, si bien en épocas anteriores, el adulto mayor era fuente de conocimiento, sabiduría, experiencia, hoy en día, éste es percibido por la sociedad con imaginarios negativos que lo devalúan y disminuyen en sus capacidades reales y hacen que se vulneren sus derechos (Rodríguez, 2011). Frente a esto, Sánchez (2004) plantea que, dentro de la percepción social actual sobre el adulto mayor predominan diferentes mitos y estereotipos en los que éste es

encasillado y que están encaminados principalmente a la concepción del adulto mayor como incapaz, frágil, carente de recursos sociales, enfermos mentales, con poca inteligencia y habilidad mental, rígidos, entre otros.

Todos estos imaginarios y estereotipos negativos han desembocado en que el adulto mayor sea dejado de lado, sea menospreciados, vulnerado, abandonado e invisibilizado desde las diferentes esferas sociales, por ejemplo, en las políticas públicas, se prioriza la atención y prestación de servicios para niños, adolescentes, familias entre otros. A su vez, en el mercado laboral una persona mayor de 55 años se considera demasiado vieja e improductiva. Del mismo modo, al interior de la familia, el adulto mayor es considerado en muchas ocasiones un estorbo y una carga para la familia, con lo cual, adulto mayor ve en sí mismo una fuente de imposibilidad, de limitación, se percibe a sí mismo con falta de valor y pierde casi por completo el sentido de su vida, de lo que significa como persona y de las capacidades con las que cuenta.

Como se mencionó anteriormente, el cambio en la perspectiva con respecto al adulto mayor tiene un fuerte impacto en las diferentes esferas sociales, entre ellas la familia, en la cual, hay una disminución en el interés por el cuidado y convivencia con éste, e incluso menosprecio por el mismo, puesto que los hijos no tiene tiempo de ocuparse de sus padres, los hogares se reducen no solo en tamaño de metros cuadrados sino en número de integrantes y en muchos casos no hay espacio para el adulto mayor, lo que trae como consecuencia, que se maximicen las dificultades que la persona atraviesa en la etapa de envejecimiento, ya que no solo debe afrontar los diferentes cambios propios de la edad, sino el lugar que ocupa a nivel social y familiar. Lo que evidentemente afecta la percepción que la persona tiene de sí mismo y de lo que significa ser viejo.

La vulnerabilidad biológica, psicológica y social del adulto mayor, le lleva a perder en muchos casos su autonomía, razón por la cual depende del cuidado de otros miembros de su familia. Adams (2012) sugiere que, los adultos mayores se transforman en una carga, en un peso que soportar, en una molestia para sus familias que, en muchos casos simplemente no están interesados en cuidar de ellos, lo que trae como consecuencia el abandono del adulto mayor.

A raíz de lo anterior la institucionalización surge como la opción más viable. Para el año 2005 el 1.2% de los adultos mayores de 60 años se encontraban bajo institucionalización en lugares especiales de alojamiento, como centros/hogares geriátricos; instituciones, en donde se le debe ofrecer al adulto mayor albergue, atención integral básica y de salud independientemente del

grado de incapacidad física y /o psíquica que tenga. Gutiérrez, et al, (2017), afirman, que a pesar de que la institucionalización se ve como un apoyo al adulto mayor, ésta, conlleva un debilitamiento de los lazos familiares y sociales, donde se limita su autonomía, y aumenta su insatisfacción con la vida, lo que propicia la aparición o exacerbación de alteraciones mentales y aumento de la condición de dependencia en el adulto mayor, lo cual repercute de manera importante en la calidad de vida de éste. Por lo cual, en consonancia con lo anterior, hay autores que indican que:

Dichas repercusiones en los adultos mayores institucionalizados tienen una estrecha relación con la ocurrencia de síntomas depresivos, así, como con bajos niveles de inteligencia emocional. En ambos casos, dado que la depresión tiene como trasfondo una visión negativa de la vida, es posible que la institucionalización ejerza una influencia negativa sobre el bienestar y las creencias de los adultos mayores caracterizados por altos índices de baja autoestima, baja felicidad y desconfianza en los demás (Arias, et al., 2013, p. 89).

Con base en lo anterior, podría decirse que si bien, para muchos adultos mayores la institucionalización es la posibilidad de tener una vida digna, en la cual pueden suplir necesidades básicas que tal vez antes estaban insatisfechas y de encontrar un lugar al cual puedan pertenecer, para muchos otros, la institucionalización implica no solo, dejar atrás sus cosas y su espacio, sino a su familia, con lo cual sienten que pierden sus redes de apoyo, que se alejan, no solo de sus familias, sino también de sus raíces.

Todo esto incide sobre el sentido de vida y el significado que el adulto mayor construye sobre la vejez y sobre ser viejo, lo cual tiene impacto directo en la calidad de vida de este. La Organización Mundial de la Salud OMS en el 2005 definió la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales, sus creencias personales y espirituales (OMS, 2005, citado en Gutiérrez, et al, 2017).

Del mismo modo, la calidad de vida se ve influenciada y modificada por varios factores como las condiciones de salud física, condiciones psicológicas como las emociones, la personalidad, sexo, escolaridad, estado civil y la situación económica en la que el individuo se encuentra. En

este sentido, las principales áreas afectadas con el proceso de envejecimiento son el bienestar físico, psicológico, el funcionamiento básico independiente, la capacidad laboral e interpersonal y la satisfacción personal (Gutierrez, et al, 2017).

En Colombia, las instituciones que acogen a los adultos mayores ya sean públicas o privadas, pocas veces tienen en cuenta todos los aspectos mencionados anteriormente, y que implican en su conjunto, proporcionar calidad de vida a esta población. Esto puede tener diversas razones, en primer lugar, la poca inversión social que se destina para una población que se considera como no productiva. Por ello, hay marcados inconvenientes, algunos de ellos son, la falta de mecanismos de coordinación y control, que permitan mayor eficiencia en la prestación de los servicios y la falta de orientación de los proyectos hacia acciones básicas de tipo asistencial para dicha población, puesto que, muchas de las instituciones no cuentan con personal capacitado o es insuficiente en las áreas de geriatría, gerontología, psicología, fisioterapia y otras disciplinas necesarias para la promoción, prevención y mantenimiento de la salud física y mental implícitas en el bienestar integral del adulto mayor, reflejándose en muchas ocasiones, en la precaria atención que estos reciben.

Como lo menciona Castellanos (2002), muchas de las instituciones dirigidas a la atención integral del adulto mayor, aunque prestan los servicios básicos en salud, ocupación y recreación, olvidan otras dimensiones del sujeto tales como, los procesos afectivos, que si bien, algunos de los adultos mayores los reciben por parte de su núcleo familiar, una gran proporción de éstos, no cuentan con ello, por esto, la mayoría tienden a sentir falta de afecto por parte de sus familias, lo que les genera sentimientos de soledad, apatía hacia los demás, en ocasiones aislamiento y deseos de morir.

Una segunda razón por la cual, no se tiene en cuenta el bienestar del adulto mayor en todas sus dimensiones, está relacionada con un cambio social, el cual inició con el cambio de los sistemas de valores vinculados a la familia como institución y como entorno protector, lo que ha implicado como lo sugiere Aranibar (2001), una serie de modificaciones relativas a los cuidados en la vejez, trayendo como consecuencia que, en el adulto mayor se vulnere su seguridad y se incremente su preocupación, por considerar que es una persona que está afectando el normal desarrollo de su ambiente familiar, y, por consiguiente se considere un obstáculo, en cuyo caso, opta por aislarse de la familia, o, en ocasiones es la familia misma quien lo aísla y lo excluye.

Toda esta devaluación tanto social como familiar del adulto mayor, ha generado su invisibilidad y exclusión de una vida social, familiar y productiva, siendo este, un hecho que le produce mayor ansiedad e incluso depresión, ocasionándole grandes desequilibrios físicos, emocionales, e incluso mentales, los cuales se intensifican cuando, como único recurso les queda la institucionalización, quedando en la mayoría de los casos olvidados dentro de estas instituciones, que si bien, tienen como función brindar al adulto mayor, una atención integral dignificante, pocas veces se logra.

El adulto mayor en muchos casos, pese a tener un estado óptimo de salud físico o mental, empieza a tomar como cierto todo lo que desde afuera se dice o se piensa de él y comienza a significar su vida desde el otro, desde lo negativo de envejecer, sin encontrar aspectos positivos sobre sí mismo, lo cual repercute directamente en su bienestar físico, mental, emocional, entre otros aspectos, y refuerza la percepción social que de ellos se tiene, ya que se ponen a sí mismos en el lugar de la imposibilidad, la incapacidad, el deterioro, la enfermedad, entre otros. De este modo, Concepción Sánchez (2004), señala que es posible que el adulto mayor empiece a actuar de manera tal, que se cumplan las expectativas que los demás tienen sobre él, lo cual da lugar a un efecto de confirmación. Así mismo, la autora citando a Snyder (1992), dice que “es la misma anticipación de la conducta por parte del observador lo que hace que la persona objeto del estereotipo se comprometa con la conducta que se espera de ella... lo que está claro que actúa en contra de ella misma” (p. 49).

Teniendo en cuenta lo anterior sobre la complejidad que supone la etapa de la vejez, es importante resaltar que la realidad del planeta refleja que hay un aumento significativo en el número de población de adultos mayores, que crece al pasar los años y que seguirá creciendo. Según la OMS (2017).

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años (párr. 1).

En este aumento de esperanza de vida, se puede ver como ejemplo que en Europa la esperanza de vida es de 80 años y se espera que entre el 2010 y el 2030 el número de personas en edades de 65 a 80 años aumentara en un 40 % (OMS, 2017). Así mismo, las condiciones demográficas que caracterizan a Latinoamérica evidencian un aumento progresivo de la población, rápida

urbanización, fuerte tendencia a disminuir las tasas de fecundidad y aumento de la expectativa de vida al nacer. Los países más envejecidos son: Uruguay, Argentina, Cuba, Chile y Costa Rica. Con envejecimiento intermedio: Brasil, Colombia y México. Y los menos envejecidos, Nicaragua, Guatemala, Ecuador y Bolivia. La mayor esperanza de vida la tienen los cubanos con 75.2 años en 1990 (Castellanos, 2002 p. 54).

Por ende, en Colombia, el panorama frente al aumento en la población de adulto mayor es el mismo que en el mundo entero, ya que, según el censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE en el año 2015, se evidenció un aumento en la población mayor y se estimó una proyección para este año en 11.08%, mientras que para el año 2017 un 11.68% del total de la población de Colombia. La mayor parte de población mayor se concentra en departamentos como: Antioquia, Valle y Bogotá, que poseen entre el 10 y el 14 % de la población mayor (Arango, s. f.) Según el análisis de las cifras arrojadas por el DANE “existe un aumento evidente de la población adulta mayor, especialmente el porcentaje de los más viejos” (Citado en Gutiérrez, et al, 2017, p. 15) a su vez, hay un aumento en el número de adultos mayores institucionalizados.

En consecuencia, con lo planteado anteriormente, se evidencia que Antioquia es uno de los departamentos colombianos donde se concentra un alto porcentaje de población adulta mayor. Así, un estudio realizado en Antioquia, por Cardona, Segura, Garzón, Segura, & Cano, en el 2016, refleja que en cuanto a la población de adultos mayores, el mayor porcentaje corresponde a mujeres ya que, “por cada hombre existen 2,68 mujeres en este mismo grupo poblacional. En todas las regiones de Antioquia se evidencia esta ventaja, pero es más marcada en Medellín, Valle de Aburrá, Norte y Nordeste” (Cardona, et al, 2016, p. 74-75). Así mismo el estudio arroja que “existe un alto riesgo en dicha población de sufrir depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, maltrato en sus diferentes esferas: físico, psicológico, económico, etc” (Cardona, et al, 2016, p. 77-79).

Lo anterior, indica que el crecimiento de las personas mayores trae consigo no solamente un alto riesgo de exclusión, marginación y maltrato hacia el adulto mayor, sino, inevitablemente un aumento de las enfermedades físicas y mentales relacionadas con la edad, que aumentarán los costos de atención en salud y demandarán mayores recursos familiares y sociales; las enfermedades mentales, principalmente la depresión, es considerada como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Del mismo modo, los trastornos mentales y

conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. Adicionalmente, los cambios biológicos y sociales hacen que el adulto mayor, también esté expuesto a otros riesgos que deterioran su estado de salud, como la depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo y la malnutrición, pero éstas, son condiciones poco exploradas en esta población, por considerarlas inherentes a la edad, situación que los lleva a la dependencia funcional y económica del Estado, la sociedad y la familia, donde muchas veces pueden ser objeto de abandono, abuso, maltrato y violencia. De esta forma, se apuesta a un cambio de perspectiva cultural, “pasando de uno donde la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, por otro donde se considere al adulto mayor una persona autónoma, productiva y beneficiaria del desarrollo” (Cardona, et al, 2016, p. 73).

Es indispensable focalizar la atención hacia la vejez, ya que, es necesario tener en cuenta que, si para un adulto mayor que se encuentra en su casa, generalmente acompañado de su familia, es difícil tener una percepción positiva de sí mismo en cuanto a lo que para él significa ser viejo, lo es más, para aquel que se encuentra en el lugar de ser viejo y estar institucionalizado. Si bien, en Colombia hay políticas de atención para la vejez, como los hogares para la acogida de personas que atraviesan la etapa de la vejez, en donde se le brinda atención al adulto mayor, en lo que a necesidades básicas se refiere, como salud, alimentación y techo, se dejan de lado los aspectos sociales y conflictivos que impactan el sentido de vida, el significado de ser viejo y por ende la salud mental y física del mismo.

Colombia es un país que se rige por la producción y la competencia y que otorga un lugar de incapacidad y limitación al adulto mayor, lo cual, trae asociado un significado y un sentido de lo que es ser viejo y que el adulto mayor toma para sí como una realidad, en la que como se mencionó anteriormente, él mismo, se ubica como confirmador de dicha situación, ya que, la toma como cierta y la refleja. Teniendo en cuenta que la población no sólo en Colombia sino en el mundo va en aumento, es imposible buscar en el adulto mayor una población productiva, sana, sociable, sin deterioro, si se crea desde la esfera social una percepción errada sobre el adulto mayor y más aún si, es el mismo adulto mayor el que asocia su etapa vital con la incapacidad, la limitación, la enfermedad, entre otros. Si bien es cierto, que el paso de los años trae consigo un declive del funcionamiento habitual del cuerpo y la mente de la persona, también es cierto que este declive se exagera o se acelera por las falsas creencias que se propagan socialmente y que impactan a la percepción que la persona mayor tiene de sí mismo y de lo que significa ser viejo.

Sin embargo, aunque la vejez implica claramente un declive, no significa una pérdida total, ni una incapacidad, se trata más bien, de asumir un nuevo ritmo y una acomodación a un funcionamiento diferente, ya que “75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez” (Comfort, 1977 citado en Francke, s. f., p. 7). Por ello, envejecer se trata de una experiencia colectiva e individual, y por tanto, al tratarse también de una experiencia personal “cada uno puede hacer mucho para convertirse en agente de su propio proceso exitoso de envejecimiento, buscando con ello no solamente un beneficio personal, sino también social” (Francke, s. f., p. 1).

Teniendo en cuenta lo anterior, no se puede desligar al adulto mayor de su responsabilidad y su postura frente a su vida y proceso de envejecimiento, ya que, si bien, como se ha dicho hasta ahora, esta etapa está enmarcada por muchos prejuicios y estereotipos sociales, por marginación y exclusión, también es cierto, que no todo viene del exterior y que, así como hay implicaciones sociales políticas y económicas, esto no exime de la responsabilidad subjetiva que se tiene durante toda la vida. De esta forma, cada persona decide cómo vive cada etapa de su vida, y no solo la vejez está enmarcada por dificultades y posibilidades, ya que cada etapa de la vida trae consigo cambios, retos y oportunidades, pero depende no solo de factores externos, sino también, de cómo la asume cada persona.

Frente a esto, es importante rescatar que la calidad de vida de las personas, no solo está determinada por factores externos a ellas, como las políticas públicas, las posibilidades económicas o la red social de apoyo que se tenga, ya que si bien, cumplen un papel importante y no se deben subestimar, hay otros factores de índole personal, que también influyen y aportan a una mejor calidad de vida, como por ejemplo, un estilo de vida saludable, la actividad que se mantenga física y mentalmente, la disciplina, la capacidad de planear, pero también de disfrutar, la inteligencia emocional, el sentido del humor, la independencia, entre otros (Jiménez & Arguedas, 2004).

En este sentido un aspecto personal que puede aportar a una mejor calidad de vida es la resiliencia, la cual se puede entender cómo, la capacidad de reponerse tras situaciones traumáticas o de estrés extremo de manera exitosa o la capacidad de aguantar las diversas situaciones que se presentan pese a los obstáculos que podrían impedirlo (Jiménez, 2008). También, puede verse como “un rasgo relativamente integral de la persona que ayuda a ésta a adaptarse en la vida, es

decir, una característica de la personalidad que ayuda o modera las consecuencias de las situaciones que generan estrés y promueve una buena adaptación” (Becoña, 2006; Wagnild y Young, 1993, citados en Cruz, 2015, p. 10).

Un aspecto importante frente al concepto de resiliencia como capacidad, es que incluye aspectos y procesos genéticos, biológicos y psicológicos (Monroy y Palacios, 2011, citados en Cruz, 2015). En este sentido y en este caso, interesa la resiliencia como capacidad psicológica que se aprende, ya que esto hace no solo, que se pueda trabajar y potencia, sino que se puede suscitar en la persona que no lo posea. Así mismo, en el adulto mayor institucionalizado, la resiliencia es un factor que puede aportar a la calidad de vida del mismo ya que “la resiliencia promueve que la persona no sólo se adapte a las situaciones, sino que se adapte de manera positiva y manteniendo una buena salud mental” (Cabanyes, 2010, citados en Cruz, 2010, p. 10), puesto que, el hecho de ingresar a un hogar para ancianos, es un cambio que impacta el sentido y la calidad de vida del adulto mayor, si no se asume adecuada o positivamente o si se le da una connotación negativa, en especial, cuando se ha demostrado, que la inadecuada mala adaptación y asimilación aumenta las posibilidades de presentar problemas diversos, desde consumo de drogas hasta graves problemas mentales (Becoña, 2006, citado en Cruz, 2015).

Es importante resaltar que se puede comprender la resiliencia como resultado o como proceso:

La resiliencia como resultado hace referencia a los efectos que muestra la persona tras haber sido expuesta a la situación amenazante. La resiliencia como proceso se refiere a la relación que existe entre los factores de riesgo y los resultados, así como la influencia de otras variables al exponerse a la adversidad (Jiménez, 2008. Citado en Cruz, 2015, p. 10)

Por ende, la resiliencia se puede considerar un factor protector ante los sucesos, adversidades y cambios de la vida que se puede poner en uso frente a los eventos negativos y estresantes y que permiten enfrentar de una mejor manera las situaciones que se presenten, encontrando la manera de sobreponerse a ellas. Por lo tanto, Raquel Cruz (2015) plantea que

Algunos autores consideran que, para que se produzca un envejecimiento satisfactorio, existen tres mecanismos adaptativos: la selección de las personas del círculo social, la optimización de las actividades orientadas a cumplir los objetivos planteados y la compensación de déficits o capacidades sufridas a lo largo de la vida. Es en este último aspecto en el que la resiliencia podría tener un papel relevante... Otras variables que podemos tener en cuenta al contemplar la resiliencia son algunas como la espiritualidad,

el buen humor o tener una perspectiva cognitiva flexible ante los problemas (Jiménez, 2011, citado en Cruz, 2015, p. 11).

Como se mencionó anteriormente, el hecho de que parte de la resiliencia sea una capacidad que se puede aprender abre la posibilidad de actuar sobre ella potenciándola, incrementándola e incluso creándola y generándola. Teniendo en cuenta esto, y después de un acercamiento a los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Huellas del Ayer de San Antonio de Prado en el municipio de Medellín, se evidencia que existen actitudes de negatividad por parte del adulto mayor frente a la etapa del envejecimiento que se atraviesa, que viene agravada por la situación de vulnerabilidad y exclusión vivida por la mayoría de los adultos mayores que allí habitan, ya que, en su mayoría han sido habitantes de calle o abandonados por su familia y red de apoyo. Por lo cual, muchos de ellos, no solo presentan problemas mentales propios de la edad como la demencia, el Parkinson y demás, sino también, síntomas patológicos como: el estrés, la depresión y la ansiedad, que si bien tienen que ver con factores externos como el abandono, la falta de recursos económicos, la falta de apoyo social y familiar, la exclusión, la subvaloración, entre otros, también se relacionan con factores internos que pueden estar estrechamente vinculados con la falta de capacidad resiliente, lo cual, repercute directamente en el sentido y calidad de vida del adulto mayor. Por todo lo planteado anteriormente, se puede preguntar ¿Cuáles son los factores resilientes que permiten a los adultos mayores mejorar su calidad de vida en el hogar Huellas del Ayer de San Antonio de Prado?

2. Justificación

En la actualidad, tanto a nivel mundial, como nacional, ha habido un aumento significativo de la población que sobrepasa los 60 años, a la cual se suele considerar adulta mayor. Hoy en día, esta población representa un gran porcentaje de la población mundial, siendo también, uno de los grupos etarios más vulnerados a nivel social, político, económico e incluso familiar. De esta forma y en la misma medida, el aumento poblacional de personas mayores de 60 años, viene acompañado de un aumento de los estereotipos y la percepción negativa que se tiene acerca de la vejez, lo cual repercute no solo en el imaginario familiar y social en general, sino también, en el sentido de vida y la significación que tiene el adulto mayor con respecto de sí mismo y su papel en la sociedad, papel que viene asumido desde el lugar de la imposibilidad, el estorbo, la incapacidad, el deterioro, la decadencia y en general desde una connotación negativa.

En este sentido, esta devaluación tanto social como familiar hacia el adulto mayor, ha generado su invisibilidad y exclusión de una vida social, familiar y productiva, siendo este, un hecho que le produce mayor ansiedad e incluso depresión, ocasionándole grandes desequilibrios físicos, emocionales, e incluso mentales. Estas condiciones vienen a ratificar su estado de incapacidad, improductividad y vulnerabilidad, acarreando esto, altos costos a nivel social, puesto que, corresponde a entidades gubernamentales, asumir las nuevas condiciones físicas, mentales o de necesidades básicas del adulto mayor para procurar subsanarlas, lo cual, conlleva a un gasto económico muy elevado para el Estado, por lo que en ocasiones, al no tener las disposiciones presupuestarias suficientes para la atención integral de dicha población, se termina por brindarle en muchos casos, una atención precaria.

De esta forma, y teniendo en cuenta aspectos sociales y económicos, desde las Políticas de Prevención en Salud, resultaría una mejor estrategia, el invertir en la prevención de situaciones excluyentes que produzcan vulnerabilidades en la población en cuestión, a través de programas enfocados tanto, hacia la familia como institución de acogida del adulto mayor, como de programas enfocados a fortalecer elementos protectores, tales como la resiliencia con sus diversos componentes, en el propio individuo que está próximo a llegar a la etapa de la vejez, aspectos que le permitan al adulto mayor tener un envejecimiento satisfactorio, lo cual posiblemente va a posibilitar en éste, una mayor percepción y sensación de utilidad, productividad y satisfacción personal, lo cual se va a ver reflejado, no solo en su calidad de vida,

sino también en la de su entorno próximo, ya sea familiar o social, lo que, podría incidir significativamente en la disminución los índices de adultos mayores institucionalizados. Por ende y para dicho propósito, se hace imprescindible una actitud de mayor compromiso de profundización y conocimiento sobre dicha población.

Así mismo, y a partir de un interés tanto, personal como académico, se considera necesario el estudio y abordaje de la población de adultos mayores, no solo porque hacen parte de nuestras raíces, sino, porque representan una realidad por la que necesaria y obligatoriamente los seres humanos vamos a pasar. Al respecto, cobra gran importancia lo resaltado por Dulcey (2010) al plantear la importancia de “que los profesionales de la psicología se ocupen del proceso de envejecimiento y de la condición de la vejez, como realidades cada vez más evidentes, pero también diferenciales y, en todo caso, histórica y socioculturalmente contextualizadas” (párr. 5).

Por ello y con base en dichos intereses, se hace un acercamiento a la población de adultos mayores de la Fundación Huellas del Ayer en San Antonio de Prado del municipio de Medellín, la cual se caracteriza por ser una población institucionalizada, con escasas e incluso nulas redes de apoyo a nivel familiar y social, en su mayoría con deterioro físico y mental, que ha venido empeorando no solo por la edad en la que se encuentran, sino, por el significado que han creado acerca de su condición de viejos. Razón por la cual, se considera necesario un estudio que aporte tanto, a la institución para la consecución de un adecuado servicio integral y sobre todo dignificante, como, a los propios adultos mayores que allí se albergan, procurando abrir el panorama frente a la etapa de envejecimiento y de paso, contribuir en la calidad de vida de éstos, ya que, si bien es cierto, que la vejez implica claramente un declive no significa una pérdida total, ni una incapacidad.

Del mismo modo, se tendría la oportunidad de transmitir, que dicha etapa vital implica más bien, asumir un nuevo ritmo y una acomodación a un funcionamiento diferente, ya que, el “75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez” (Comfort, 1977, citado en Franck. S. f, p. 7). Adicional a esto, podría darse a conocer que hay habilidades o capacidades adaptativas individuales que inciden significativamente en la consecución del bienestar físico, mental, emocional, entre otros, que enmarca la calidad de vida del adulto mayor.

Con base en lo anterior, es evidente que la situación del adulto mayor al estar enmarcada en una visión y percepción social y personal negativa, puede ser intervenida en aras a promover un cambio hacia una visión con un tinte más positivo, en el cual el adulto mayor sea el primero en propiciar dicho cambio. Teniendo en cuenta esto, y como se mencionó en el planteamiento del problema, la resiliencia no solo es un factor que impacta en la calidad de vida del adulto mayor, sino que es susceptible de ser generada como una capacidad en las personas que de ella carezcan. El presente estudio es viable en la medida en que permite ampliar el panorama frente al tema elegido por medio de los diferentes instrumentos elegidos para su realización. Sumado a esto, se cuenta con el permiso para el ingreso y trabajo con la Fundación Huellas del Ayer de San Antonio de Prado, que alberga adultos mayores institucionalizados, que, en este caso, es la población y el espacio requerido para la realización del estudio.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Determinar los factores resilientes que permiten a los adultos mayores mejorar su calidad de vida en la Fundación Huellas del Ayer de San Antonio de Prado.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores resilientes que inciden en la calidad de vida de los adultos institucionalizados en la Fundación.
- Describir los factores resilientes que permiten a los adultos mayores mejorar su calidad de vida.
- Evidenciar las relaciones existentes entre los factores resilientes identificados y la calidad de vida de los adultos mayores de la Fundación Huellas del Ayer.

4. Marco Referencial

4.1. Marco de antecedentes

Para el presente proyecto investigativo, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva con el fin de identificar el estado del arte acerca del tema a investigar, es decir, que se rastrearon aquellos estudios relacionados con el adulto mayor y que tuviesen en cuenta aspectos de la presente investigación como la resiliencia, la calidad de vida y el adulto mayor en condición de institucionalización. Por lo tanto, no solo la búsqueda bibliográfica tuvo en cuenta estudios internacionales a nivel europeo, norteamericano y latinoamericano, sino que, se rastrearon estudios relacionados que hubiesen sido realizados a nivel nacional y a nivel local.

Entre los estudios europeos relacionados con el tema de la presente investigación, se encontró un estudio titulado *Quality of life in older ages* realizado por British Medical Bulletin (Boletín Médico Británico) y llevado a cabo por el Dr. Netuveli, G., & Blane, D. en 2008, por medio de una revisión narrativa de la literatura seleccionada, con el objetivo de brindar una descripción narrativa de los estudios sobre la calidad de vida en las edades avanzadas. Se hizo revisión de 3151 documentos hallados y 79 de ellos fueron elegidos material del estudio, estos provenientes de Inglaterra, Escocia, Suecia, entre otros países europeos (Netuveli & Blane, 2008). Dichos estudios utilizaron diversos métodos, como: un enfoque analítico de contenido para respuestas a preguntas abiertas, encuestas e instrumentos de medida: El CASP-19 (acrónimo que representa los cuatro dominios de control, autonomía, autorrealización y placer) que ahora se incluye en muchas encuestas nacionales en el Reino Unido y otros (Netuveli & Blane, 2008).

Se halló que Lawton emitió una de las conceptualizaciones más influyentes de la calidad de vida, quien la describió como "la evaluación multidimensional", es decir, que sus dimensiones se organizaron en un continuo de dimensiones objetivas (ambiente objetivo, competencia conductual) y subjetiva (calidad de vida percibida, bienestar psicológico). Argumentando que tanto los aspectos objetivos como los subjetivos incidían significativamente en la calidad de vida (Netuveli & Blane, 2008). Así mismo, se halló que, aunque la mayoría de las escalas de medidas de calidad de vida no se desarrollan en las poblaciones de mayor edad, éstas pueden adaptarse a dicha población (Netuveli & Blane, 2008). Del mismo modo, se halló los factores que mejoran la calidad de vida son tener buenas relaciones sociales (familia, vecinos, amigos) factores psicológicos tales como optimismo y actitud positiva, satisfacción, ganas de cosas, aceptación y otras estrategias de afrontamiento; participar activamente en actividades sociales como asistir a

clases educativas y voluntariado; buena salud; seguridad financiera que trajo disfrute y empoderamiento y no depender de los demás (Netuveli & Blane, 2008). Siendo esto una muestra clara, de que la calidad de vida va más allá de la salud; otros factores, tales como tener buenas relaciones sociales, ser activo y capaz de participar en actividades social y personalmente significativas y el no tener limitaciones funcionales a veces son factores más importantes para las personas mayores (Netuveli, & Blane, 2008).

Se halló que la adaptación como teoría, brinda una explicación de cómo se mantiene una buena calidad de vida en la vejez. En el Berlín Aging Study, citado por Netuveli & Blane (2008) se describe en términos de selección, compensación y optimización. De acuerdo con dicha teoría, en la vejez una mejor calidad de vida se puede lograr mediante la adaptación, que también es descrita en términos de cambio de respuesta, en la cual, los individuos cambian sus estándares internos, valores y conceptualizaciones de la calidad de vida, para adaptarse a algunas dificultades o circunstancias negativas (Netuveli, & Blane, 2008).

Estrechamente ligada a la adaptación está la resiliencia, los hallazgos de estudios de resiliencia en la vejez sugieren que la participación social y el apoyo social promueven la resiliencia, de modo que las personas que enfrentan adversidades reportan una alta calidad de vida (Netuveli, & Blane, 2008). Además, se encontró que las relaciones sociales de alta calidad de resiliencia se suman a la calidad de vida en las edades más avanzadas. De este modo, la calidad de las redes sociales promueve la resiliencia de modo que se mantenga la alta calidad de vida aun en presencia de una enfermedad de larga data. Así mismo, el apoyo emocional está asociado positivamente con la calidad de vida (Netuveli & Blane, 2008).

La revisión del estudio estableció una relación entre la demencia y la depresión con la calidad de vida en términos negativos en la vejez (Netuveli & Blane, 2008). Sin embargo, no es el envejecimiento como tal, el que influye negativamente en la calidad de vida; más bien es posible que la vejez sea un largo período de buena calidad de vida. Por lo tanto, se recomienda “que la calidad de vida en la vejez, su mejora y mantenimiento deben incluirse entre los objetivos de la gestión clínica” (Netuveli, & Blane, 2008, p. 113).

Por otro lado, uno de los antecedentes más recientes encontrados en el contexto europeo corresponde a un estudio realizado en la ciudad de Madrid en el 2015 elaborado por María Raquel Cruz Carpena como tesis de postgrado, con el fin de aplicar al título de Máster de Psicología General Sanitaria titulado, *Papel de la Resiliencia En Personas Mayores*

Institucionalizadas. Dicho estudio tenía como objetivo investigar no solo las consecuencias negativas que la institucionalización puede tener sobre el estado de ánimo y la calidad de vida del adulto mayor, sino, el papel de la resiliencia como aspecto positivo que podría mitigar dichas consecuencias, ya que, según el estudio, se podría decir y considerar, que los adultos mayores que poseen mayores niveles de resiliencia, podrían presentar una mejor calidad de vida, en la medida en que percibirían menos estrés y tendrían un estado de ánimo relacionado con la depresión y la ansiedad positivo frente al proceso de institucionalización (Cruz, 2015).

Para llevar a cabo el estudio se eligieron 44 adultos mayores institucionalizados, de ambos géneros (26 mujeres y 18 hombres) los cuales debían ser mayores de 65 años, debían llevar ingresados al menos 3 meses, que firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos adultos mayores que tuvieran demencia moderada o grave, que fueran analfabetas o que tuvieran problemas con el lenguaje (afasia, poca fluidez con el idioma castellano), que les impidiera comprender las pruebas. Además, aquellos que padecieran una enfermedad grave descompensada (por ejemplo, neumonía, insuficiencia renal, etc.), además, personas que estuvieran recibiendo cuidados paliativos para una enfermedad que les estuviera llevando a la muerte, personas que hubieran vivido en los últimos 6 meses algún otro acontecimiento vital muy grave, aparte del hecho de ingresar en la residencia.

Para medir las diferentes variables implicadas en la investigación, se eligieron diferentes instrumentos como: Escala de resiliencia (ER) de Wagnild & Yung (1988), que se utiliza Para medir la capacidad de una persona de responder o hacer frente a las diversas situaciones de la vida pese a las posibles condiciones adversas que pueden presentarse, y salir fortalecido de ello. El Cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) que es una herramienta que mide la calidad de vida y se ha usado ampliamente en personas mayores, siendo de sencilla aplicación. En éste, la propia persona valora su estado personal en función de diferentes ítems de varias dimensiones de la vida en general y en una escala visual analógica (Herdman, Badia, y Berra, 2001, citado en Cruz, 2015). Del mismo modo, se aplicó la Escala de Depresión de Yesavage (versión de 15 ítems), la cual está diseñada específicamente para la valoración de la depresión en personas mayores y está adaptada y validada en España (Martínez et al., 2002, citado en Cruz, 2015). Es una escala dicotómica (SI/NO) auto-aplicada o aplicada por un interrogador, que consta de 15 ítems. A su vez, se utilizó la Subescala de Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983, citado en Cruz, 2015) ya que es de fácil aplicación y se ha validado en

ancianos (Mykletun, Stordal y Dahl, 2001) y en población española (Terol et al., 2007, citado en Cruz, 2015). Esta escala permite evaluar síntomas de ansiedad con una menor interferencia de síntomas físicos. Finalmente, la Escala de estrés percibido (Perceived Stress Scale, PSS): Se trata de un test que ha sido validado en personas mayores para ver qué impacto provocaba el estrés en la salud en el último mes (Remor, 2006, citado en Cruz, 2015) y se ha visto evidencia de que mide adecuadamente la experiencia de los ancianos (Ezzati et al., 2014, citado en Cruz, 2015).

El estudio encontró que la institucionalización es un suceso vital relevante en la vida de muchas personas mayores y que, un mayor nivel de resiliencia está relacionado con un menor grado de depresión y una mejor calidad de vida, por lo cual, la resiliencia resulta ser un factor de protección, pero no el único, ya que existen otros factores de protección como por ejemplo la autoestima, que pueden ayudar al anciano en la adaptación y en la buena gestión de las diferentes situaciones que pueden precipitar una depresión. Sin embargo, no hay que desconocer ni dejar de lado, el impacto de los factores externos en el desarrollo de síntomas o trastornos depresivos, ansiosos entre otros. También se halló que mayores niveles de resiliencia, se relacionan con mayores niveles de calidad de vida, en la medida que una persona dispone de más repertorios de conducta, más recursos o más fortalezas y por tanto, podrá hacer frente de una manera más adaptativa a las situaciones de crisis, de esa manera la sensación general será de mayor bienestar (Cruz, 2015).

Por último, también se encontró una relación existente entre la resiliencia y el tipo de ingreso a una institución, ya que, posiblemente a mayor resiliencia, mejor sea llevado el ingreso, y se afronte mejor, pese a si el ingreso es forzoso o voluntario. Además, se comprobó que el ingreso forzoso en la residencia, promueve síntomas de depresión en el anciano, por lo que es una variable que hay que tener muy en cuenta (Cruz, 2015).

Finalmente, el estudio recomienda ahondar en el tema de resiliencia, ya que, al ser una capacidad que puede ser aprendida, representa una luz para enfocar los programas de atención al adulto mayor con el fin de fomentar en ellos dicha capacidad (Cruz, 2015).

Por otro lado, en cuanto al rastreo realizado en el contexto norteamericano, se puede destacar que se hace un especial énfasis en la resiliencia y su papel en el proceso de envejecimiento. De este modo, uno de los estudios hallados plantea, que, en la última década, las literaturas teóricas y de investigación revelan ciertas características comunes del fenómeno de resiliencia. Desafortunadamente, el concepto de resiliencia ha sido escasamente estudiado con respecto a los

años más avanzados de la vida (Hoare, 2015). Por ello, el *Journal of Aging Life Care* en 2015 llevo a cabo un estudio, realizado por la Dra. Carol Hoare, profesora de Desarrollo Humano y Aprendizaje Humano y Organizacional en el Departamento de Consejería / Estudios Humanos y Organizacionales en la Universidad George Washington, titulado *resilience in the elderly*. Como lo demuestra la experiencia común y la literatura sobre el envejecimiento, los últimos años incluyen una variedad de pérdidas y traumas que desafían y a menudo disminuyen la salud física y mental (Hoare, 2015). Sin embargo, el objetivo del estudio está centrado en demostrar, que hay diversas formas de fomentar aspectos resilientes en los adultos mayores, que les permitan tener una vejez exitosa y no habitual (Hoare, 2015). Para la realización de dicho estudio, se llevó a cabo un rastreo de diversas fuentes, literaturas y estudios norteamericanos sobre resiliencia en el adulto mayor (Hoare, 2015).

El estudio en cuestión halló que en la última década las literaturas teóricas y de investigación, han revelado ciertas características comunes del fenómeno de resiliencia, puesto que, quienes investigan y escriben sobre el tema, han establecido relaciones entre los recursos personales y una historia de afrontamiento efectivo, con la capacidad de manejar el trauma, de manera que las consecuencias negativas a largo plazo se vean disminuidas (Hoare, 2015).

Se ha encontrado, además, que la adaptación positiva, es un marcador claro de resiliencia, la cual, se ve a veces como un proceso y en otros casos como un resultado (Hu, Zhang y Wang, 2015 citados por Hoare, 2015). Sin embargo, algunos autores consideran la resiliencia como un rasgo o capacidad innata (Hu, Zhang y Wang, 2015) citados por Hoare (2015). Estas discrepancias en los hallazgos evidencian que, es necesaria una mayor investigación al respecto y en especial en el estudio del concepto de resiliencia en la vejez, ya que ha sido escasamente estudiado con respecto a los años más viejos de la vida. Esto es desafortunado ya que, como lo demuestran la experiencia común y la literatura sobre el envejecimiento, puesto que, los últimos años incluyen una variedad de pérdidas y traumas que desafían y a menudo disminuyen la salud física y mental. (Baltes y Baltes, 1990) citados por Hoare (2015, párr. 7). Por tanto, las perspectivas sobre los últimos años de vida históricamente habían mantenido una mentalidad en la cual los viejos fueron vistos como una carga debido a la enfermedad física, la pérdida cognitiva, el aislamiento y, a menudo, la depresión Hoare (2015). Sin embargo, el estudio halló que, Rowe y Kahn (1987) citados en Hoare (2015), declararon que, lo que previamente se había considerado como un envejecimiento normal, fue en realidad una "gerontología de lo usual", y el

patrón típico observado no fue el envejecimiento normal, sino un envejecimiento habitual, el cual está enmarcado en el deterioro de las capacidades cognitivas, la autonomía restringida, el funcionamiento fisiológico deficiente, y longevidad limitada.

Por ello, Rowe y Kahn (1987) citados en Hoare (2015), plantearon que, se debería suscribir una interpretación del envejecimiento exitoso, el cual se caracteriza, por el mantenimiento o la expansión de las capacidades intelectuales, la autonomía, y por un funcionamiento fisiológico óptimo, teniendo como moderadores del proceso de envejecimiento, la aptitud física activa, la buena nutrición y los factores psicosociales positivos que promueven comportamientos que limitan riesgos y son aspectos que conducen a una mejor salud y capacidad, y evita o incluso revierte las pérdidas funcionales.

Así mismo, se halló que la resiliencia como capacidad, puede ser engendrada o generada por los estilos de vida mentalmente comprometidos, la aptitud física, el apoyo social y una sensación de agencia activa en el control de la propia vida. En este sentido, la resiliencia a menudo se ha relacionado con condiciones de apoyo social y amplios recursos socioeconómicos.

Por lo tanto, esta debe ser tratada como una construcción multifacética con diferentes ramificaciones culturales, raciales y de clase social (Hoare, 2015). Los estudios de resiliencia han encontrado que el optimismo, la adaptabilidad positiva, una sensación de buena autoestima, mentalidad de logro, las redes sociales fuertes, el envejecimiento exitoso autoevaluado, la salud emocional, el éxito cognitivo y la ausencia de depresión son indicadores de resiliencia (Hoare, 2015).

El estudio concluye como lo plantea Aldwin e Igarashi (2015) citados por Hoare (2015) que la resiliencia connota la capacidad de una persona de adaptarse de manera flexible, y debe considerarse tanto, como un atributo individual, como un proceso y como un resultado final. Es por esto, que se han hallado diversas formas de fomentar aspectos resilientes en los adultos mayores, que les permitan tener una vejez exitosa y no habitual, como por ejemplo: el entrenamiento de la meditación consciente Meditación De Mindfulness (MM) que ha demostrado mejorar la capacidad de una persona para sobrellevar, mejorar la sensación de bienestar y aumentar las emociones positivas, así mismo, La reformulación o revalorización cognitiva es una herramienta útil que ayuda a las personas a alterar sus percepciones de los eventos de manera que su impacto emocional negativo se ve disminuido (Davidson y McEwen, 2012; Kabat-Zinn , 1990; Southwick y Watson, 2015) citados por Hoare,2015). Del mismo modo

En los programas de desarrollo de dominio, los mayores desarrollan las habilidades que mejoran la autonomía (Hoare, 2015). En los programas de desarrollo de dominio personal, los ancianos desarrollan habilidades de afrontamiento positivas y activas, aprenden a comprender el papel de sus acciones en las consecuencias y desarrollan habilidades para responder de manera efectiva a los desafíos (Masten (2011) citados por Hoare, 2015).

Del mismo modo, el evidente aumento del envejecimiento de la población a nivel mundial y por ende a nivel Norteamericano, ha traído como resultado un creciente interés en el campo de investigación sobre el concepto de resiliencia entre los adultos mayores y su papel en el envejecimiento exitoso (MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard, & Wicker, 2016, p. 266), por lo cual, la Revista Americana Geriatric Nursing realizó un estudio en el 2016, llevado a cabo por MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., Wicker, E., sobre el Impacto de la resiliencia en los Adultos Mayores titulado *The impact of resilience among older adults*, en el cual se realizó una revisión exhaustiva de literatura científica de resiliencia, la cual incluye: 1) definiciones y escalas de medición de la resiliencia; 2) características asociadas con la resiliencia; 3) resultados positivos; y 4) estrategias de intervención existentes y/o programas para promover la resiliencia, con el objetivo de proporcionar una visión general de la capacidad de recuperación o resiliencia, con el fin de informar al respecto de los posibles diseños de intervención que pueden beneficiar a los adultos mayores (MacLeod et al, 2016).

Debido al importante papel que juega la resiliencia en el envejecimiento exitoso, ésta se ha convertido en un tema de investigación importante. En dicho estudio, se halló varias características comunes de la resiliencia entre los adultos mayores, incluidos los componentes mentales, sociales y físicos, lo que indica que la resiliencia es multidimensional (MacLeod et al, 2016). Las investigaciones revisadas por la presente investigación sugieren que una mayor capacidad de recuperación o resiliencia en los adultos mayores contribuye significativamente al logro de una mejor calidad de vida, una mejor salud mental y un envejecimiento exitoso a pesar de las adversidades que puedan enfrentar (MacLeod et al, 2016).

El estudio en cuestión sugiere que la resiliencia generalmente se ve como un proceso más que como un rasgo de personalidad, lo cual indica, que dicha capacidad de recuperación bien puede generarse o potenciarse; así, muchos adultos mayores estarían en condiciones de mejorar su capacidad de recuperación más adelante en la vida. Otro aspecto en común hallado en los estudios revisados, está enmarcado en la alta capacidad de resiliencia y su relación con resultados

óptimos de una mejor calidad de vida, felicidad y bienestar, así como una reducción de la depresión en la vejez (MacLeod et al, 2016). El presente estudio deja de relieve, tanto el papel importante de la resiliencia en el envejecimiento exitoso, como el hecho, de que no hay suficiente investigación que permita un abordaje e intervención planificada y adecuada dirigida a los adultos mayores (MacLeod et al, 2016).

De este modo, una de las principales conclusiones es que, si bien las intervenciones diseñadas para mejorar la resiliencia entre los adultos mayores a la fecha generalmente no existen, hay la evidencia necesaria para seguir profundizando en el tema, hasta lograr estrategias de intervención dirigidas a la población de adulto mayor que les permita tener una mejor calidad de vida, mediante el fomento de la resiliencia. Además, se sugiere que, en tanto, hay oportunidad para beneficiarse de la adaptación de estrategias efectivas de otras intervenciones psicológicas dirigidas a esta población (MacLeod et al, 2016).

Es evidente que el interés por el adulto mayor y todo lo que a él concierne, aumenta cada día más; el panorama frente al aumento poblacional en cuanto a personas que envejecen es un tema que suscita la atención de los diferentes países y, por tanto, los países Latinoamericanos no escapan a esta situación. La prolongación de la vida, es una de las mayores preocupaciones de la ciencia en los últimos años, sin embargo, la prolongación de la vida implica también, el alargar el tiempo de vejez para cada individuo, lo que lleva implícito el aumento en el número de personas con determinadas particularidades bio-fisiológicas, sociales y psicológicas, es decir, hay un incremento en las cifras con respecto a adultos que necesitan apoyo para poder mantenerse en su situación real de involución sin complicaciones o sanos (Soria & Rodríguez, 2002). Es por esto, por lo que los diferentes países latinoamericanos han centrado su mirada en el adulto mayor y uno de los países que más ha trabajado este tema ha sido Cuba.

Al respecto, la Revista Cubana de Enfermería, realizó un estudio en 2002 a cargo de Belkis Soria Bell, licenciada en enfermería y Ángela J Rodríguez, especialista de I grado en medicina general, denominado “*Análisis de los Aspectos Psicológicos y Sociales más Relevantes en Ancianos Institucionalizados*”, se llevó a cabo con el objetivo de identificar algunas características psicológicas y sociales en ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos América Labadí Arce de Santiago de Cuba, la muestra estuvo conformada por 100 ancianos escogidos por no presentar impedimentos mentales. Dicho estudio fue descriptivo, longitudinal y prospectivo (Soria & Rodríguez, 2002).

En el estudio se tuvo en cuenta variables de los ancianos institucionalizados tales como: el mundo afectivo de los ancianos, la influencia del medio social, redes de apoyo familiar, participación del anciano en la vida colectiva de la institución, adaptación del anciano a la vida institucional. Así mismo, se tuvieron en cuenta características psicológicas de los adultos mayores, como: preocupación por su salud, pesimismo, nerviosismo frecuente, tendencia a la soledad, tendencia al disgusto, negativismo al ser dirigido por otro, alegría habitual, vivencia de rechazo, tristeza y manifestación de astenia (Soria & Rodríguez, 2002).

Se encontró, que la principal causa que motivó el ingreso a la institución fue el vivir solo, seguida de la mala atención filial y la no tenencia de familia. Así mismo, se halló que una marcada preocupación por su salud fue la manifestación psicológica que más se destacó en los adultos mayores institucionalizados. El mayor número de ancianos consideró a la institución como su verdadero hogar, siendo mayoritario el número de ancianos adaptados a la institución (Soria & Rodríguez, 2002).

Así mismo, se evidencio que, ante la carencia de redes de apoyo familiares y comunitarias, la institución social en muchos casos representa para los ancianos la posibilidad de que se atiendan sus principales necesidades, los protejan, y les proporcionen seguridad y una vejez tranquila. Así, muchos de ellos, catalogan al centro como su verdadero hogar, del cual, tienen una valoración altamente positiva y favorable para su adaptación y aceptación al medio institucional (Soria & Rodríguez, 2002).

En este sentido, se ubicó que la enfermera tiene un papel protagónico en el proceso de adaptación positiva y bienestar del adulto mayor, puesto que ésta es valorada de forma positiva por las funciones que desempeña y por el vínculo afectivo que teje con los ancianos; ella es una de las figuras asistenciales que más cerca de ellos se encuentra, pues ella es quien está al tanto de sus necesidades, les ofrece una adecuada atención, seguridad, afecto, velando siempre por la salud de cada uno de ellos, unido a un trato cordial que permite la correspondencia y las respuestas positivas de afecto del anciano hacia la propia enfermera, lo cual los ayuda integralmente a su rehabilitación. Se halló, que cuando lo anterior se da de forma satisfactoria y positiva, disminuye la tendencia al disgusto que es una de las características que con frecuencia aparecen en los ancianos, por tanto, aumenta la tendencia de alegría habitual (Soria & Rodríguez, 2002).

El estudio de Soria & Rodríguez (2002), encontró, además, que existen diversos motivos por los cuales el propio adulto mayor o en su defecto, sus familias, recurren a las instituciones sociales en busca de albergue para el anciano, dentro de las se pueden resaltar en el presente estudio, las siguientes:

- A medida que avanzan los años el individuo va perdiendo capacidades, por lo que va siendo aislado socialmente y pierde así el rol que antes desempeñaba.
- La principal causa que motivó a los sujetos estudiados en su ingreso en el hogar fue el vivir solo y con las limitaciones físicas y/o mentales propias del envejecimiento.
- No tener familia o contar con mala atención filial fueron otras de las causas más sobresalientes en esta casuística, la falta de responsabilidad en el cuidado, tanto físico como psíquico, de los adultos mayores (Soria & Rodríguez, 2002).

El estudio concluye estableciendo que aparte del papel central de la enfermera en el bienestar del adulto mayor, para este, es especialmente significativo el trabajo estable, continuado y organizado, del personal de atención directa, pues propicia al anciano una vía para su mejor adaptación a la vida institucional, es decir, el sentirse acogidos y atendidos por un equipo interdisciplinario organizado, estable y permanente contribuyó decisivamente en la adaptación positiva a el proceso de institucionalización. Del mismo modo, quedo evidenciado que otro factor importante para la adaptación positiva a la institucionalización, fue el contar con apoyo familiar (Soria & Rodríguez, 2002).

Por otro lado, en Costa Rica, La Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación presenta un artículo realizado por Flor Jiménez Segura e Irma Arguedas Negrini de la Universidad de Costa Rica, Facultad de Educación titulado, *rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años*. Dicho estudio se centra en la resiliencia, la cual puede definirse como una capacidad para resistir y sobreponerse a las dificultades que la vida presenta. En el estudio se identificaron ocho rasgos de sentido de vida según el enfoque de resiliencia como: los intereses especiales, metas, motivación para el logro, aspiraciones educativas, optimismo, persistencia, fe- espiritualidad y sentido de propósito, los cuales fueron característicos de las personas adultas mayores sujetos del estudio, la cuales estuvieron presentes en el transcurso de sus vidas (Jiménez & Arguedas, 2004).

El estudio se realizó bajo el paradigma cualitativo, para lo cual, se empleó la técnica de entrevistas en profundidad, con el objetivo de conocer las vivencias de cada uno de los participantes en relación con los rasgos de sentido de vida asociados a la resiliencia. Por ende, se adquirió como base los planteamientos de Antón de Schutter (1983) los cuales constan de cuatro etapas: “El conocimiento global de la población mayor, preparación de las investigadoras, definición metodológica y el contacto con la población mayor” (Schutter citado en Jiménez & Arguedas, 2004, p. 14). La muestra para llevar a cabo el estudio fueron participantes que conforman el grupo de Envejecimiento Integral de la Universidad de Costa Rica o a la Asociación Gerontológica Costarricense, en su totalidad estos investigadores escogieron a cuatro mujeres y cuatro hombres que destacaron por sus funcionalidad y autonomía (Jiménez & Arguedas, 2004).

El estudio concluyó que las mujeres le dan más interés en sus vidas a las actividades que realizan en pro de la sociedad en que habitan, actividades lúdicas, la lectura y gusto por la festividad navideña. Por otro lado, los hombres se centran en la actividad física, bailar, manualidades, conversar con las personas de su entorno. Las intenciones y propósitos notados en los adultos mayores giran en torno al hecho de poder mantener su independencia tanto económica como social, y de este modo, ayudar a otros a adquirir destrezas (Jiménez & Arguedas, 2004).

Entre las principales *metas* que plantearon las adultas mayores durante sus vidas, se manifiestan el deseo de ser madres y por ende la crianza de los hijos, adquirir bienes, tener un hogar estable y duradero. Los hombres por su lado, plantearon como metas aprender una labor, tener su casa propia y poder tener algún estudio (Jiménez & Arguedas, 2004).

En referencia a la *motivación* las mujeres consideran que el estar activas da la posibilidad de aprendizaje, adquirir recursos, crear una vida social estable y la participación en alguna actividad física. Por el contrario, los hombres, se centran en avanzar en el escalón laboral, en actividades públicas y políticas, además, en proponerse actividades que estén en capacidad de realizar (Jiménez & Arguedas, 2004).

En cuanto a las *aspiraciones educativas* planteadas por las mujeres en el transcurso de su vida, es el deseo e interés de adquirir conocimientos sobre todo en temas espirituales, aquellos que le puedan servir en su vida diaria y a nivel personal, aprender sobre cocina, sastrería y escritura. Con respecto a los adultos mayores, sus aspiraciones educativas se centran en

aprendizajes que les permitan desempeñarse en una labor, aprender sobre lo leído y capacitar a otros en el futuro (Jiménez & Arguedas, 2004).

Para la muestra tomada se identificó que el *optimismo* en las mujeres se centra en tener iniciativa en las situaciones presentadas a diario, igualmente, buscan el equilibrio y el apoyo en quienes los rodean. Con respecto a los caballeros, identifican el optimismo cuando surgen contingencias y circunstancias duras, en las cuales buscan soluciones y no las vivencian como duraderas (Jiménez & Arguedas, 2004).

Las mujeres identifican la *persistencia* como las moralejas obtenidas de experiencias duras, también en el deseo de hacer bien lo que se proponen, para así obtener satisfacción de los resultados, bien sea emotivos o materiales. Los hombres también desean aprender de los errores, además muestran persistencia no dejando que las adversidades los derrumben (Jiménez & Arguedas, 2004).

En cuanto al factor de *la fe y espiritualidad* los adultos mayores lo identifican como la postura que toman ante las situaciones particulares, por un lado, las mujeres se centran en aceptar a los demás y en apoyarse en los otros. Por otro lado, los hombres lo asumen como el medio que les ha permitido obtener logros y como la forma que le permite llevar relaciones adecuadas con los otros (Jiménez & Arguedas, 2004).

Las mujeres mayores consideran que sus vidas tienen un *sentido de propósito* cuando les brinda a las próximas generaciones un aprendizaje. Los hombres consideran como un propósito de vida el apoyo familiar y en la estabilidad de sus labores (Jiménez & Arguedas, 2004).

Todo lo anterior permite concluir que las personas de la muestra, durante sus vidas han presentado diversos rasgos de sentido de vida en relación con la resiliencia, lo cual brinda posibilidades de una mejor calidad de vida y capacidades personales que permiten ponerse al frente de las circunstancias que viven (Jiménez & Arguedas, 2004).

Con respecto a los estudios encontrados a nivel Latinoamericano, también es notorio, que, en la actualidad, la atención del cuidado de la salud del adulto mayor está orientada por la noción de “calidad” (Schalock, 1994. citado por Inga & Vara 2006). Los estudiosos del tema han dejado atrás la idea de salud como ausencia de enfermedad, optando por considerar una definición más amplia, que incluya tanto la responsabilidad personal, como la calidad de vida, así como lo plantea Janssen (2004) citado en Inga & Vara (2006). En un intento de reducir los costos médicos y de salud, el concepto de promoción de los estilos saludables ha llegado a ser una alternativa

para los sistemas de cuidado de la salud. Por este motivo, el enfoque de la “calidad de vida” ha sido un tema de investigación predominante a partir de la década de los noventa (Bowling, 1997; Renwinck, Brown, & Nagler, 1996; Schalock, 2004; Silverstein & Parker, 2002) citados en Inga & Vara (2006).

Por ello, en 2006 la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal publicó una investigación realizada por Inga y Vara, denominada *Factores Asociados a la Satisfacción de Vida de los Adultos Mayores de 60 Años en Lima Perú*, en la cual se entrevistó a 122 ancianos residentes en la ciudad de Lima, con el objetivo de determinar los principales factores asociados a su satisfacción con la vida. Para esto, se construyeron 7 escalas (resentimiento, satisfacción de vida, maltrato al anciano, dependencia por incapacidad, apoyo social, identidad amical prosocial, identidad amical antisocial (Inga & Vara. 2006, p. 475).

El estudio arrojó que los adultos mayores estarán más satisfechos con la vida si no guardan emociones negativas como el resentimiento, tienen un alto grado de alfabetización, tienen redes de apoyo familiar y social, consumen pocas sustancias psicoactivas (medicamentos sin receta, fumar, tomar licor), y, finalmente, si tienen amigos que se conocen entre sí. “Además, el apoyo familiar y la convivencia con los hijos son variables importantes a la hora de predecir la satisfacción de vida” (Inga & Vara. 2006, p. 482). Sin embargo, se observó que el maltrato al anciano está íntimamente ligado a la convivencia con la familia y al cuidado de éste (Aranda, et al., 2006, citado en Inga y Vara, 2006, p. 482).

Otros aspectos importantes hallados en el estudio están relacionados con la viudez y la soledad, puesto que se constituyen en un problema social, económico y psicológico de gran envergadura, ya que incide negativamente sobre el bienestar del adulto mayor, “quien se ve vinculado y sumergido en la pobreza, soledad y aislamiento” (Inga & Vara. 2006, p. 483).

Se encontró que en general los ancianos que conformaron la muestra del estudio tienen una alta satisfacción de vida; sin embargo, a pesar de tener un “promedio alto en cuanto a la satisfacción vital, 31,6% de los ancianos se siente -por lo menos una vez a la semana débil y enfermo”. De igual modo, según se encontró en la presente investigación, la familia sigue siendo el principal punto “de apoyo emocional, seguridad, cuidado y afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención y es la opción preferida por los ancianos” (Inga & Vara. 2006, p. 483).

Así mismo, se halló que “la calidad de vida relacionada a la salud fue menor entre aquellos quienes raramente o nunca ven amigos”. Al igual que en algunos estudios previos (Keyes, Michalec, Kobau & Zahran 2005; López et al., 2005, citados en Inga & Vara, 2006, p. 483), “hay relación directa entre la satisfacción de vida y el refuerzo social”. En opinión de Ranzijn (2002) citado en Inga & Vara (2006, p. 483), existe un creciente indicio de que la salud psicológica, y en cierto nivel la salud física, depende al menos el algún grado en sentirse acogido por una comunidad (Crowe, 1996; Hamilton, et al. 1999; Labonte, 1998; Riley, 1998, citados en Inga & Vara, 2006). Esto es muestra de que “la interdependencia podría ser tan importante para la calidad de vida como la independencia y la autonomía”. Sin embargo, “La autonomía sigue siendo el principal objetivo de los servicios y organizaciones encargadas del cuidado del adulto mayor” (Bishop, 1999, citado en Inga & Vara, 2006, p 483).

El presente estudio arrojó que de las variables que en mayor medida sugirieron “la satisfacción de vida de los adultos mayores, el resentimiento se encuentra en primer lugar, seguido por el nivel de educación y el apoyo o refuerzo social” (Inga & Vara, 2006, p 483). Respecto a la relación que hay entre nivel educativo y satisfacción con la vida, se tiene como antecedente el estudio de Keyes et al, 2005, citado en Inga & Vara (2006), en donde se encontró que los participantes con menor nivel de educación, comparados con los que tuvieron mayor nivel de educación superior, señalaron menos bienestar físico, más tristeza, melancolía o depresión y más preocupación, tensión o ansiedad.

Un hallazgo importante del estudio con respecto a la calidad de vida de los adultos mayores está en Janssen (2004) citado en Inga & Vara (2006), quien sostiene que:

Ésta no debería ser evaluada o estudiada exclusivamente en alguna área específica tales como la de la salud, la ambiental, la social o la espiritual. Esto debido a que la vida humana es un constructo multifacético, y la vida de cada individuo está formada por una complejidad de experiencia y oportunidades (p. 476).

De este modo, como menciona Bowling (1997) “las percepciones de la calidad de vida son multifacéticas y únicas para cada individuo”. Sin embargo, muchas herramientas que miden la calidad de vida en los ancianos “se fundamentan y concentran en temas relacionados con el actual estado de salud, así como con el nivel de funcionamiento” (citado en Inga & Vara, 2006, p. 476).

El estudio establece, que la calidad de vida presenta dos grandes dimensiones: la objetiva y la subjetiva según lo menciona Victoria et al., (2005) citados en Inga & Vara (2006). Entre los

aspectos objetivos se encuentran “aquellos relacionados con la salud, los educacionales y los económicos” (p. 476). La segunda dimensión, la subjetiva, según Inga & Vara (2006):

Está determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado innumerables esfuerzos dirigidos a la elaboración de metodologías que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. Esta tendencia considera que lo más importante en la calidad de vida es la percepción que el sujeto tiene de ella, o la vivencia subjetiva de bienestar (p. 476).

El estudio concluye, enfatizando sobre la importancia de ir más allá “del estudio de las dimensiones objetivas de la calidad de vida, fundamentada en la correlación encontrada entre las condiciones objetivas de la vida y la felicidad subjetiva, la cual es denominada la paradoja del bienestar” (Filipp, 1996; Staudinger, Fleeson, & Baltes, 1999, citados en Inga & Vara, 2006, p. 476). Esta paradoja parece hacer parte de la mayoría de los estudios acerca del envejecimiento y el bienestar porque, a pesar de las dificultades del envejecimiento, algunas personas mayores no manifiestan una disminución significativa en aspectos del bienestar (Caprara & Steca, 2005). En este sentido, Victoria et al (2005) citados en Inga & Vara (2006), hallaron:

Una estrecha vinculación entre el funcionamiento de la sociedad, las normas y los valores sociales que el individuo debe asumir; pero sobre todo su forma de vinculación personal con las aspiraciones y el nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde la persona desarrolla su vida; en otras palabras, con la construcción individual que el adulto mayor hace de su bienestar personal y satisfacción con la vida (p. 476).

Con el aumento poblacional también ha incrementado el interés por el tema de la resiliencia, la cual se considera como rasgo personal que se da a lo largo de la historia particular de cada individuo, que además, puede decirse, se constituye como un vínculo temprano, siendo condición para el desarrollo de una particular apropiación de los sucesos de vida del sujeto, es decir, la resiliencia podría denominarse, como aquello que el sujeto tiene como rasgo distintivo y aprendido con relación a otros. Por ende, siendo esto un proceso aprendido puede cambiar a lo largo de la historia de vida, o está en constante proceso de interpretación. Igualmente, para algunos autores citados en el trabajo de Saavedra & Villalta (2008), la resiliencia cuenta con fuentes interactivas que están directamente relacionadas con la forma como el sujeto se apropia

de la realidad a través del habla y que abre posibilidad al comportamiento saludable o de superación de los eventos traumáticos.

Teniendo en cuenta la importancia e interés particular que se tiene de la resiliencia en los sujetos en el presente trabajo de grado, se toman los aportes de Eugenio Saavedra Guajardo y Marco Villalta Paucar de la Universidad Católica del Maule, los cuales realizan en el 2008 un estudio que lleva como título *medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años*, en Chile. Este tiene como objetivo principal “describir y comparar los puntajes generales y por factores de la variable resiliencia, en sujetos de diferentes rangos de edad y de ambos sexos, a través de la prueba SV-RES, durante el segundo semestre de 2007” (Saavedra & Villalta, 2008, p. 31).

En dicho trabajo, Eugenio Saavedra y Marco Villalta realizan un estudio de tipo “cuantitativo, descriptivo y comparativo, teniendo como principales campos de estudio la Psicología y la Educación” (Saavedra & Villalta, 2008, p. 35). Además, cuenta con una muestra de “tipo intencional, compuesta por 288 sujetos de ambos sexos y edades entre 15 y 65 años de Curicó. El instrumento utilizado es la Escala SV-RES (CHILE), el cual cuenta con 60 ítems, divididos en 12 factores específicos de resiliencia” (Saavedra & Villalta, 2008, p. 35).

Entre los resultados y conclusiones del estudio se observa, que no existe incompatibilidad significativa entre los niveles de resiliencia de mujeres y el de los varones, pero esto no es un factor determinante para describir un perfil diferente para cada género. Igualmente, los resultados arrojan que los niveles de resiliencia no guardan estrecha relación con las diferencias de edades, pues es muy posible que se manifiesten hallazgos en el transcurso de las etapas de la vida. (Saavedra & Villalta, 2008).

Desde el estudio, se entiende la juventud como una etapa de planes a futuro y gran vigor, en comparación con la adultez que se vive como una etapa de declive a causa del aislamiento de los hijos y el nuevo papel que en la vejez se empieza a tomar. Por otro lado, se logra identificar que los varones obtienen puntajes más altos en el área de los vínculos y la generatividad, en comparación con las damas que obtienen los puntajes más altos en el área de modelos y obtienen puntajes bajos en el área de redes. En contraste las mujeres en las áreas de afectividad y autonomía. Los presentes autores sustentan que esto último puede “significar una tendencia en el sentido de que los hombres se apoyan más en una respuesta generativa autónoma, prescindiendo

de redes y las mujeres ocupan más los modelos de otros, siendo su respuesta más colaborativa y colectiva” (Saavedra & Villalta, 2008, p. 38).

Por otro lado, en México, bajo la misma línea de resiliencia, Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes y José Luis Valdez Medina, en 2013, realizan un estudio transversal titulado *Resiliencia: diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos*, el cual se enfoca en los niveles de resiliencia teniendo en cuenta las diversas edades y el sexo de los colaboradores.

El estudio trabajo con una muestra constituida por un total de 607 participantes los cuales, accedieron al estudio de manera voluntaria, para la ejecución de este, se dividieron en cuatro grupos:

- Niños entre 9 y 14 años.
- Adolescentes entre 15 y 17 años.
- Adultos jóvenes entre 18 a 30 años.
- Adulthood media entre 31 a 59 años.

Los cuales se organizaron a su vez, por sexo y se evidencio una mayor proporción de mujeres con respecto a la cantidad de hombres. Además, se tuvo en cuenta la información sociodemográfica de cada uno de los participantes (Gonzales & Valdez, 2013).

Por medio de un cuestionario de auto informe fueron obtenidos los resultados de resiliencia, esta herramienta permitió medir factores específicos de resiliencia. Este cuestionario se basa en los postulados de Grotberg (1995) y están organizados en 4 “categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos” (Grotberg Citado en Gonzales & Valdez, 2013, p. 947).

El cuestionario, se considera uno de los más completos y detallados, puesto que cuenta con 3 niveles. Por un lado, se encuentran los factores internos, que permite calcular la capacidad que tiene cada individuo para desenvolverse frente a las problemáticas, le siguen el nivel de factores protectores externos, que permite calcular la red primordial de apoyo del sujeto, por último, el cuestionario posibilita resultados sobre la capacidad empática del sujeto en cuestión (Gonzales & Valdez, 2013).

Gonzales & Valdez se basaron en un análisis descriptivo factorial y exploratorio para cada una de las edades que colaboraron en el estudio y por último realizaron un análisis de la prueba estadística “t de Student o Test-T”, la cual se aplica cuando la población estudiada sigue una

distribución normal pero el tamaño de la muestra es muy pequeño que posibilita contrastar a cada uno de los participantes del estudio llevando como resultado final a realizar un análisis estadístico del estudio (Gonzales & Valdez, 2013).

Para concluir, es importante señalar que los factores resilientes se dan en distintos órdenes en las diversas edades o etapas de la vida, así pues, se encuentra que los niños y adultos jóvenes obtienen niveles más altos en la medida factores protectores internos, al contrario de los adultos, que cuentan y usan más de factores protectores externos. Lo que se mantiene a lo largo de los años es la empatía y quienes más la desarrollan son las mujeres, además, se evidencia que este factor aumenta con la edad cumplida de cada individuo (Gonzales & Valdez, 2013).

Por otro lado, se le da un valor significativamente importante a la resiliencia a partir de las vivencias de cada uno de los individuos, pues lo importante no es el tiempo vivido, sino el modo en que cada persona asume cada circunstancia, ya que, todo esto permite que el sujeto se embarque en importantes retos. Por último, en consideración de las diferencias entre sexos, se encontró que los hombres puntúan más alto en dimensiones de resiliencia enfocados en el factor protector interno, mientras que las damas puntúan más alto en un factor protector externo (Gonzales & Valdez, 2013).

En esta misma línea, Ana María Milagros Andrade Lozano de la Universidad Católica de Santa María facultad de enfermería, presenta una tesis de grado titulada como “*Influencia de los factores socioculturales en el grado de resiliencia en adultos mayores del centro de salud de Miraflores-Arequipa, 2013*”. La presente tesis trabaja la importancia de los cambios que deben enfrentar la población de adulto mayor al llegar esta etapa por las acciones nuevas a realizar, las cuales requieren de nuevos esfuerzos y capacidades a nivel personal, físico, cognitivo, emocional y espiritual, en las cuales, es pertinente el uso de los diversos tipos de resiliencia, que en última instancia, es la capacidad de aprender de las situaciones del diario vivir y en especial de la etapa en la que se encuentran (Andrade, 2014).

El presente estudio tiene como objetivos “precisar los factores socioculturales, Identificar el grado de resiliencia y Relacionar el tipo de influencia de los factores socioculturales en el grado de resiliencia de los adultos mayores del Centro de Salud de Miraflores de Arequipa, 2013” (Andrade, 2014, p.16).

El tipo de estudio utilizado para la presente tesis de grado fue investigación de campo, nivel explicativo de corte transversal. Igualmente, como técnica se usó la encuesta y como instrumentos la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young) y la Ficha de Recolección de Datos. La muestra seleccionada fue de 26 adultos mayores pertenecientes al Club del Centro de Salud Miraflores y el trabajo fue realizado entre los meses de agosto y diciembre del 2013 (Andrade, 2014).

En los resultados del presente estudio realizado por Ana María Milagros Andrade Lozano se evidencian:

- Un predominio de participación del género femenino sobre el masculino, por lo cual, se concluye que las mujeres tienen mejor habilidad de adaptación a las condiciones diarias a nivel general.
- Los adultos mayores casados tienen mayor capacidad de resiliencia (enfrentar y adaptarse a las situaciones) gracias al apoyo de su cónyuge.
- Frente a las relaciones intrafamiliares, la mayoría de los adultos mayores de la muestra se sienten solos y desamparados por parte de sus familias, elemento que contribuye a la falta de confianza en sí mismos, mientras que la población restante considera tener una relación estable con sus familias.
- La mayoría de la población cuenta con niveles de instrucción alto, debido a que han podido acceder a algún tipo de estudio, ya sea primaria, secundaria o superior.
- Adultos mayores investigados, el 42% presenta grado de resiliencia moderada; el 38%, alta y el 20% escasa.
- El factor sociocultural edad influye directamente en el grado de resiliencia de los adultos mayores, es decir, que entre menos edad se tenga más capacidad de resiliencia.
- El género no influye en el grado de resiliencia del adulto mayor.
- Los adultos mayores que tienen una ocupación, ya sea en casa o como independientes tienen mayores grados de resiliencia.
- Cuentan con un mayor grado de resiliencia los adultos mayores que tienen una comunicación amistosa y sostenida cuentan con una capacidad mayor de resiliencia, en comparación con los que no (Andrade, 2014, pp. 46-71).

En la medida en que se identifica el grado de satisfacción y la capacidad resiliente que tiene cada uno de los individuos con la vida que han construido a lo largo de los años, se puede evidenciar la capacidad y flexibilidad que tienen cada individuo en adaptarse a los diferentes contextos de su vida y es por tal razón que en 2014 en Buenos Aires Argentina, María Paula Gonzalvo Ranise de la Universidad Abierta Interamericana de la facultad de psicología y relaciones humanas realiza su respectiva tesis de grado titulada como *Bienestar Psicológico y Resiliencia En Adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados*. Se observa que, en los adultos mayores, la resiliencia cobra relevancia debido a que es una etapa de constantes cambios en diversas áreas de la vida y, sin duda alguna, en la mayoría de los casos, el adulto mayor es capaz de mostrar motivación, vitalidad, sentido del humor y se acomoda a las circunstancias mostrando intereses en las cosas de su entorno, lo cual, en última instancia, demuestra un bienestar psicológico y un grado de resiliencia a los cambios. (Gonzalvo, 2014, p. 20).

El presente estudio tiene como objetivo “indagar la relación entre el nivel de bienestar psicológico y resiliencia en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y aquellos que viven en hogares particulares” (Gonzalvo, 2014, p. 32).

Se realizó con un estudio “ex post facto con grupo cuasi control, investigación transversal con investigación cuantitativa y correlacional-comparativa, teniendo como fuentes de datos primarios escalas autoadministrables y con una finalidad aplicada” (Gonzalvo, 2014, p. 34). Los instrumentos utilizados fueron la escala de resiliencia de Wagnild y Young, 1993 Argentina. La cual, es una escala de 25 ítems y la escala BIEPS-A escala de bienestar psicológico para adultos, que cuenta con 13 ítems de escala autoadministrables (Gonzalvo, 2014, p. 35).

La población seleccionada, fueron adultos mayores entre las edades 75 y 85 años, residentes en la localidad de las Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires, Argentina, contando con una muestra no probabilística, intencional de 136 adultos mayores (Gonzalvo, 2014, pp. 34-36).

Como resultados se encuentra que:

- Los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas presentan niveles más bajos de bienestar psicológico en comparación con los que viven en hogares particulares.

- En cuanto al nivel de resiliencia se obtuvo como resultado de que los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas presentan niveles más bajos de resiliencia que los que viven en hogares particulares.
- Los adultos mayores que presentan mayor bienestar psicológico tienden a ser más resilientes, ya sea que estén o no institucionalizados. En los adultos mayores institucionalizados, la resiliencia correlaciona positivamente con las 4 dimensiones de bienestar psicológico, en aquellos no institucionalizados, la resiliencia correlaciona solo con la dimensión proyectos.
- Se encontró que los adultos no institucionalizados tienen con mayor frecuencia contacto con sus familiares y conocidos, pero los adultos que viven en instituciones geriátricas mostraron que entre más contacto tienen con sus seres queridos su nivel de bienestar psicológico y de resiliencia se incrementa.
- Se halló que los ingresos económicos presentan incidencia en una mayor resiliencia, tanto en los adultos mayores institucionalizados, como en los no institucionalizados. Igualmente, los adultos institucionalizados mostraron más importancia con respecto a su creencia religiosa, mayor bienestar psicológico y resiliencia, a diferencia de los no institucionalizados.
- Los adultos mayores que residen en hogares particulares mostraron que, a mayor nivel de educación, mayores son las puntuaciones en proyectos de bienestar psicológico y resiliencia. Igualmente, se evidenció que los no institucionalizados a mayor contacto con sus familiares menos autonomía tienen. (Gonzalvo, 2014, pp. 43-53).

Debido al aumento poblacional de ancianos, se ve la necesidad de desarrollar planes y políticas adecuada en aspectos de la salud, lo social y lo económico. En aras de garantizar una atención integral de calidad, partiendo de una sociedad que dignifique dicha población (González & Celis, 2012, citados en Aponte, 2015). Sin embargo, cada persona tiene su propia forma de envejecer y viven la vejez de diferente manera, pues la vivencia de ésta se encuentra relacionada con acciones y omisiones de cada persona en el transcurso de su vida; por ello, podría decirse que “la vejez se construye desde la juventud” (Aponte, 2015, p. 154). Esto, alienta la creciente realización de estudios enfocados en la población mayor como el que será descrito.

El presente estudio fue realizado por el Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo" llevada a cabo por Vaneska Cindy Aponte Daza, denominado

“*Calidad de vida en la tercera edad*”, con el objetivo de poder analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera edad, la cual, es parte de varios grupos sociales y analizar qué factores le garantizan una vida plena a pesar de sus años. Del mismo modo, poder establecer cuáles son las cosas que hacen que su vida sea digna y que la impulsa a hacer la diferencia con otras que tienen sus mismas condiciones de vida (Aponte, 2015). Este es un estudio de caso, de tipo cualitativo, la técnica que se utilizó es la entrevista a profundidad, donde la construcción de datos se va edificando poco a poco, en un proceso largo y continuo. Del mismo modo “se utilizó la codificación teórica, ya que es un procedimiento de análisis de datos que se han recogido para desarrollar una teoría fundamentada. También, se realizó codificación abierta ya que trata de expresar los datos y los fenómenos en forma de conceptos (Aponte, 2015, pp. 163-164). Adicionalmente “se utilizó los árboles de cognemas para la subcategorización de cada una de las categorías para así definir cuál de dichos factores eran relevantes para la investigación” (Aponte, 2015, p. 165).

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida, a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y, la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (Tuesca Molina, 2012 citado en Aponte, 2015, p. 155).

La aparición y el desarrollo del constructo multidimensional calidad de vida es muy útil para “estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar”, de diferentes ciencias y disciplinas y es muestra de una integración y progreso de las ciencias del comportamiento y en particular de la psicología, a la cual, le ha aportado en la “construcción de instrumentos en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia” (Tuesca Molina, citado en Aponte, 2015, p. 154).

En este sentido, el proceso del envejecimiento es un proceso en el que interviene lo biológico, cultural, social, mental y espiritual, por tanto, la vejez puede entenderse, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que se dan normalmente en los individuos en esta etapa de la vida, que se evidencian a nivel físico, comportamental y que por lo general se reflejan

en el estilo de vida que ha llevado cada persona, que como en el caso anterior, es de gran interés para las ciencias sociales (Piñera, 2010 citado en Aponte, 2015).

El adulto mayor mide el bienestar en la capacidad económica, “la riqueza familiar o individual, el nivel de vida, el estado de salud, la longevidad individual, con la calidad y cantidad de los servicios médicos, con la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada felicidad”, los cuales, son elementos que en su conjunto “se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar” (Prado, 2010 citado en Aponte, 2015, p. 158).

El presente estudio, halló que dada la cercanía con la muerte, el adulto mayor otorga gran importancia a su dimensión espiritual, con el fin de sobrellevar la angustia y la confusión que ello le produce, por lo tanto, es importante que “todo profesional que trabaja con adultos mayores, y en particular los profesionales de la salud mental, deben considerar los referentes espirituales del propio individuo para ayudarlo de buena forma con los problemas que puedan surgir en el proceso de envejecimiento” (San Martín, 2007, citado en Aponte, 2015, p. 169).

Del mismo modo, se halló que “La familia cumple un papel central para el bienestar de las personas mayores”, debido, a que es el entorno donde se da la mayor interacción personal, adicional a esto, es el ámbito considerado como protector para el adulto mayor. Por ello, “la disposición o no de una red familiar de apoyo representa un elemento importante para la contención de situaciones de pobreza, exclusión social y, sobre todo, de dependencia cuando hay situaciones de enfermedad crónica” (Ramírez, 2008, citado en Aponte, 2015, p. 170). Por otra parte, se encontró “que el estado funcional de la persona depende del estado de salud en otras áreas (Salud física, estado cognitivo y afectivo y situación social)”, sin embargo, se observó que algunos déficits por sí solos no son determinantes en la calidad de vida. Se evidencia también, que la disfuncionalidad de la persona se debe entonces a una interacción de las diferentes condiciones ya sean médicas, psicológicas y sociales (Campos, 2001, citado en Aponte, 2015, p. 172).

Se encontró además en el estudio que las personas en la vejez, “sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y, en especial con la familia que los rodea”, por lo que se debe tratar de que estas personas recuerden actividades de su juventud, las cuales ayudaran no solo con su memoria, sino, que también

percibirán aspectos de momentos gratos de su vidas, lo cual, contribuye para la sensación de motivación, optimismo y energía ante la vida, es decir, para sensación de bienestar (Aponte, 2015, p. 173).

El estudio arrojó, que de los factores que componen el constructo de calidad de vida, los más influyentes para el bienestar del adulto mayor, son la espiritualidad, la salud percibida que les permiten continuar realizando actividades diarias y la calidad de la atención médica recibida. Así mismo. El apoyo familiar y social fue de gran relevancia, puesto que la soledad, la depresión entre otras cosas, son los principales motivos por los cuales las personas de la tercera edad pierden la motivación para seguir adelante con sus vidas, por tanto, pierden su bienestar (Aponte, 2015).

Es un reto entonces para las políticas sociales, promocionar la calidad de vida para la población que envejece a ritmos acelerados, ya que el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad, entre otros aspectos, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de sumo interés y preocupación (Valencia, 2012, citado en Aponte, 2015).

Del mismo modo, teniendo en cuenta la literatura rastreada con respecto al concepto de resiliencia, se establece que éste, es un término que proviene de la física, siendo muy discutido en varias áreas, además de ser un término muy utilizado y abordado para las ciencias sociales, por ello, en ese marco, se realiza este estudio centrado en la resiliencia de las mujeres mayores, llamado *Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil*, éste fue llevado a cabo en los Centros Sociales de Mayores Valle de Paraíba, en São Paulo, Brasil, por Claudia Lysia Araújo de Oliveira y Ana Cristina Mancussi Faro.

Dicho estudio fue realizado en 4 ciudades donde se tienen sedes. El estudio es de tipo exploratorio, descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, caracterizado por 117 mujeres con una edad media de 70 a 80 años. Esto con el objetivo de Analizar la capacidad de resiliencia de las mujeres mayores, las actividades de los participantes en el Centro Social de las ciudades del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil,; teniendo como variables sociodemográficas, edad, educación (años de educación formal), ingreso familiar, composición familiar, estado civil (casados, viudos, separados o solteros), práctica religiosa, cuidados de la salud física y mental

(consumo de medicamentos), comorbilidades relatadas y su relación con el conjunto de actividades rutinarias, actividades sexuales, de ocio, profesional (rendimiento trabajo remunerado o no) y la asociación entre los niveles de resiliencia y las variables sociodemográficas, de salud y actividad física realizada. Se utilizó como instrumento de recolección de datos, Escala de Resiliencia para evaluar los niveles de adaptación psicosocial positiva para a acontecimientos vitales, importantes de las encuestadas, versión adaptada para el portugués de la Escala de Resiliencia (Araújo & Mancussi, 2016).

El envejecimiento se describe a menudo “como un tiempo caracterizado por un agotamiento de las reservas” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 66) como un declive de funciones que ocurren en un corto período de tiempo. Así mismo, se caracteriza por eventos negativos o adversos y graduados por edad, como la muerte de un cónyuge o amigos, deterioro de la salud, funcionamiento físico, pérdida de estatus social y desempeño de roles, inseguridad económica, además, de la cercanía que se percibe de la muerte, que es predominante en la vejez avanzada (Araújo & Mancussi 2016).

En conjunto, estos factores de riesgo y otros desafíos, supone que se requiere un aumento de “la capacidad disponible y la capacidad de recuperación en la vejez para que el funcionamiento adaptativo se pueda mantener” (Araújo & Mancussi 2016, p. 66). Esto, alude a la resiliencia como la superación o adaptación ante una dificultad considerada como un riesgo y “la posibilidad de construir nuevas formas de vida y de un proceso de subjetivación a partir del enfrentamiento de las situaciones de estrés y/o traumáticas”. (Araújo & Mancussi 2016, p. 67).

Una persona resiliente tiene características específicas, tales como tener un sentido de confianza en sí mismo, la creencia en su capacidad personal y la capacidad para resolver problemas. Además, Araújo & Mancussi (2016), sugieren que hay elementos considerados como factores de resiliencia como los siguientes:

- Mantener una dieta saludable.
- Mantener la producción de endorfinas para la calidad de vida, a través de la risa, la buena respiración completa y profunda, ejercicios físicos, la relajación y la buena calidad de sueño contribuyen a la producción de endorfinas.

- Administración de las emociones, es la capacidad de mantener la calma ante un problema, y también la capacidad de utilizar las pistas y "leer" a otras personas, para saber qué hacer.
- Control de los impulsos, es decir, el no dejarse llevar por la emoción impulsivamente.
- Optimismo, es la creencia de que las cosas pueden mejorar, es la esperanza y la fe en la capacidad de controlar su destino.
- Análisis Ambiental, es la capacidad de identificar las causas de los problemas, esto permite que la persona se ponga en lugar seguro. Saber identificar cuándo hablar y cuándo callar.
- Empatía, alude a la capacidad de entender los estados psicológicos de los demás (emociones y sentimientos) y saber cómo actuar con las personas.
- Autoeficacia, es la creencia de que puede resolver sus problemas.
- Llegar a la gente, como posibilidad de enlazar con otras personas, sin temor y sin miedo. Es la capacidad de encajar con los demás, construir redes de apoyo.
- Disciplina, supone que el problema no está en la realidad, sino en la forma en que respondemos a esta realidad. El problema no son las cosas que te pasan, el problema es lo que haces con las cosas que te pasan.
- Autoconfianza, como la mayor característica del comportamiento resiliente. La superación sólo ocurre cuando en primer lugar, usted acredita su potencial, su capacidad de actuar positivamente (pp. 68-69).

De esta forma, la función de la capacidad de recuperación es ayudar al ser humano a reformar sus comportamientos, a renovar sus actitudes ante las adversidades, a comprender los recursos disponibles, para buscar apoyo, buscando ganar cada desafío y aprender de cada lección, se refiere a las respuestas que damos a los conflictos de la vida (Araújo & Mancussi 2016, p. 68).

En los hallazgos del presente estudio, se ubica la educación como un factor protector asociado con el bienestar psicológico, ya que, cuantos más años de estudio se tenga, mayor es la probabilidad de ampliar el rango de destrezas y habilidades de una persona, lo que aporta a la

“satisfacción con la vida y el equilibrio de los afectos” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 72). Otro elemento encontrado y considerado esencial para la resiliencia de los adultos mayores del estudio, fue la religión, puesto que, en tiempos de sufrimiento, “lo que se requiere de la persona, es que soporte la capacidad de comprender racionalmente que la vida tiene un sentido incondicional, independientemente de las circunstancias” (Araújo & Mancussi 2016, pp. 72-73).

Se encontró, además, que el apoyo social es considerado de vital importancia para hacer frente a las adversidades y dificultades de la vida, pues el vínculo entre las personas, el sentimiento de pertenencia a un grupo familiar y/o social, el ser respetados en sus capacidades, limitaciones y necesidades, llevan a al adulto mayor “a redescubrir la esencia de sus condiciones de vida saludables” (Araújo & Mancussi 2016, p. 73). El estudio además, indicó que una enfermedad es causa principal de sufrimiento en la población analizada; por ello, aliviar o mitigar dicho sufrimiento, constituye el deber ético y práctico de las profesiones incluidas en la salud, guiadas por el concepto de humanización de la atención , ya que los estudios han demostrado que la enfermedad física puede llevar a situaciones de desequilibrio psicológico, y “se considera que los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad y la discapacidad, se extienden a las bases de la conducta humana, lo que lleva al hombre a los cambios en el proceso de adaptación” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 74).

Adicionalmente, se encontró una estrecha relación entre la actividad física y el bienestar del adulto mayor, ya que, se evidencio que la participación de las mujeres mayores en un programa de actividad física produjo beneficios psicológicos como sentirse feliz con ellas mismas, y ampliar sus redes sociales, en el marco de la práctica de ejercicio físico. Por tanto, el ejercicio físico, fue considerado una práctica de ocio y de bienestar (satisfacción con la vida y la felicidad), puesto que, fue asociado con “mayores niveles de satisfacción con la vida y la felicidad” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 74).

Otro de los hallazgos importantes del estudio, se relacionó con la suspensión o involuntario abandono de la sexualidad, indicando que puede acelerar el proceso de envejecimiento, producir un impacto adverso sobre la salud en general y afectar negativamente la calidad de vida de las personas mayores, habría entonces de tenerse en consideración que, “la sexualidad en la vejez es fisiológicamente posible, emocional y afectivamente enriquecedora, fortalece la importancia del

afecto, el apego, la comunicación, el compañerismo y el cuidado mutuo” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 75).

Estos resultados, relacionan estrechamente la resiliencia con una forma positiva en que los ancianos viven su vejez, al ser un “facilitador de desarrollo de recursos” y la vía a la posibilidad de un buen envejecimiento y de “calidad de vida, incluso antes de los cambios significativos de la vida de las personas mayores” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 75).

Así mismo, entre los antecedentes encontrados en el contexto Latinoamericano, se hallaron varios estudios interesantes en Bolivia. Uno de ellos, corresponde a un estudio elaborado por Claudia Erika Caspa Carrillo realizado en el 2016 como tesis de pregrado para la carrera de Psicología en la Universidad Mayor de San Andrés en la Paz en Bolivia titulado *Percepción de calidad de vida y resiliencia del adulto mayor del Centro Nueva Esperanza, La Paz*. Dicho estudio tenía como objetivo principal, describir el grado de relación entre la percepción de calidad de vida y la resiliencia de los adultos mayores del centro Nueva Esperanza, La Paz y, además, también, planteó como objetivo, determinar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, teniendo en cuenta los factores psicosociales que influyen en dicha percepción y los tipos de calidad de vida percibidos, además el papel que juega la resiliencia en la misma (Caspa, 2016).

Para llevar a cabo el estudio, se eligieron 25 adultos mayores que asistieran al Centro Nueva Esperanza, para lo cual, se tuvo en cuenta la edad del adulto mayor, su asistencia a la institución y deseos de participar en el estudio. Además, en el estudio se utilizó como técnica la entrevista, con el fin de producir un primer acercamiento, obtener información relacionada con algún objetivo general o específico y poder llevar a cabo la aplicación de los instrumentos, que en este caso fueron dos, por un lado, el World Health Organization Quality of Life – OMS (WOQOL-100), que es instrumento cuantitativo estructurado de forma jerárquica, contando con una evaluación global de la calidad de vida y evaluaciones en distintos dominios, los cuales a su vez están integrados para distintas facetas este instrumento produce un perfil y visión de la calidad de vida a partir de cuatro dominios, siendo cada uno puntuado de forma independiente (Caspa, 2016).

Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada y, por otro lado, la Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993) que se

utiliza para medir la capacidad de una persona de responder o hacer frente a las diversas situaciones de la vida, pese a las posibles condiciones adversas que pueden presentarse y, salir fortalecido de ello. Esta escala de Resiliencia tiene como componentes: Confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal, sentirse bien solo (Caspa, 2016).

El estudio encontró, que el grado de correlación entre resiliencia y calidad de vida es positiva media. Además, concluyó, que la percepción de calidad de vida de los adultos mayores en un porcentaje mayor, es baja equivaliendo al 72% de la muestra, y esto está relacionado, no solo con factores externos objetivos como el servicio que se le presta o con los que cuenta, lo económico, la presencia o no de enfermedades o las relaciones familiares, sino también, con factores personales y subjetivos como valoraciones, juicios y sentimientos que este posee de sí mismo y su propia vida (Caspa, 2016).

En cuanto a la calidad de vida, se identificó que la salud física, es un aspecto importante de la misma y, que un alto porcentaje de adultos mayores no percibe su salud como buena, lo cual, afecta su bienestar e impide la realización, no solo de las actividades que deben realizar, sino, de las que quieren, afectando así, la imagen de utilidad y capacidad que posee el adulto mayor sobre sí mismo. En cuanto a la calidad de vida en relación con el plano psicológico, se halló que los sentimientos que predominan en el adulto mayor son la tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión, los cuales, en su mayoría, se explican por la disminución de contactos familiares e interpersonales, la incompreensión hacia el adulto mayor y la poca o nula disponibilidad para atenderlo, aspectos que afectan y repercuten directamente en la salud emocional de cada uno de ellos, por lo tanto, más allá del entorno inmediato en el centro, lo que más afecta el bienestar del adulto mayor, la percepción de sí mismo y su calidad de vida, es el deterioro en las relaciones interpersonales, la falta de soporte social y sobre todo familiar (Caspa, 2016).

En cuanto a la resiliencia, el estudio logro inferir, que la capacidad para la adaptación ante las adversidades de la vida que permite reducir los efectos nocivos del estrés se ve afectada en el adulto mayor, ya que se evidencio una baja y escasa capacidad resiliente. El factor resiliente con mayor afectación está relacionado con la incapacidad del adulto mayor para sentirse bien estando solo, ya que siente necesario tener compañía para sentirse único e importante para sí mismo y los demás (Caspa, 2016).

Finalmente, el estudio como recomendación, señala la importancia acerca del control de los factores de riesgo, como la prevención de enfermedades y mantener una vida activa tanto física como mental, ayudará a mantener al adulto mayor socialmente activo (Caspa, 2016).

Entre los antecedentes más recientes, encontrados en el contexto Latinoamericano se encuentra un estudio elaborado por Díaz, González, González & Montero, realizado en el 2017 en México como artículo para la Revista Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología titulado *Resiliencia en adultos mayores: un estudio de revisión*. Dicho estudio tenía como objetivo documentar la presencia de la resiliencia en los adultos mayores, así como la participación de factores de riesgo y protección, a través de una revisión sistematizada de estudios científicos (Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, 2017).

Para llevar a cabo el estudio, se realizó una revisión sistemática de artículos científicos especializados en el tema, para lo cual se exploraron tres bases de datos:

- Bases de datos Internacionales: Academic Search Premier [Ebsco Host], Pubmed y Science Direct) utilizando las palabras clave; resilience, older adults, old people, elderly.
- Bases de datos para información hispanoamericana: (Redalyc y Scielo), para esta búsqueda se utilizaron las palabras clave; resiliencia, adultos mayores, personas mayores, ancianos.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Artículos publicados entre los años 2000 y 2016;
- 2) Que incluyeran las palabras clave en el título y/o el resumen;
- 3) Hacer referencia en su objetivo general al estudio, teórico o empírico, de la resiliencia en adultos mayores; y,
- 4) Ser una investigación empírica, cuantitativa o cualitativa, o una revisión teórica. De este modo, treinta y dos estudios cumplieron los criterios y fueron analizados mediante el uso de una matriz con cinco secciones: referencia bibliográfica, objetivo, método, resultados y conclusiones (Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, 2017, p. 23).

El estudio encontró, que la resiliencia es un elemento o capacidad presente en la etapa de la vejez y no solo en etapas como la niñez y adolescencia. Así mismo, la resiliencia es la capacidad

que pueden desarrollar las personas, resultado del proceso dinámico en el que interactúan factores de riesgo y de protección, desde los individuales hasta los socioculturales, posibilitando la superación del riesgo y/o evitando los efectos negativos del mismo de una manera constructiva, con lo cual se presentará la adaptación positiva (Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, 2017).

Esta investigación además, evidenció que la mayoría de las investigaciones en resiliencia se han enfocado en la población infantil y adolescente, por lo que, tanto los factores de riesgo como de protección han sido identificados en dicha población, sin embargo, tomando en cuenta que, la resiliencia es la capacidad que resulta de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva, se puede asumir que esta situación se presente en otras etapas de vida, como la vejez. Es decir, que el desarrollo de la resiliencia es posible para muchos adultos mayores, independientemente de los orígenes sociales y culturales o de las deficiencias físicas y cognitivas (Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, 2017).

Entre los hallazgos más importantes del estudio está el hecho de que la resiliencia contribuye a la longevidad en todas las edades, y se vuelve aún más profunda a edades muy avanzadas, además, la alta resiliencia se asocia a un mayor bienestar, a pesar de que también se asocia con una mayor presencia de eventos estresantes (Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, 2017, p. 26).

A su vez el estudio halló, que la resiliencia ayuda a los adultos mayores a superar factores de riesgo como soledad, depresión, enfermedad crónica o el duelo por la muerte de alguna persona significativa, siendo personas espirituales, optimistas, con actitud positiva, con esperanza y con sensación de autoeficacia, que buscan información y toman decisiones, que mantienen estilos de vida saludables y en la medida de lo posible un buen estado de salud. Así mismo, realizando una reestructuración cognitiva de los acontecimientos dolorosos, y que durante dichos acontecimientos se mantenga una buena relación familiar, así como otras redes de apoyo como amigos, compañeros de trabajo y grupos religiosos (Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, 2017).

Finalmente, el análisis del estudio permitió confirmar que los factores tanto de riesgo como de protección a los que se ven expuestos los adultos mayores, coinciden con los señalados por otros autores. Por ejemplo, en cuanto a los factores de riesgo, coinciden en que el número de sucesos vitales estresantes, la violencia e incluso los desastres naturales, son factores de riesgo de resiliencia (Amar et al., 2003; Kotliarenco et al., 2006; Tiet et al., 1998). Por su parte, en cuanto a

los factores protectores, coinciden que la unión familiar, la autoestima, la espiritualidad, la personalidad, la toma de decisiones y las redes de apoyo, ya sea con la familia o con vínculos informales como la participación en instituciones formales como grupos religiosos, son factores de protección de resiliencia (Garmezy, 1990, González Arratia, 2011; Kotliarenko et al., 1996; Manciaux, 2003; Suárez-Ojeda, 1997; Werner et al., 1982; Wolin et al., 1993). Por lo anterior, el estudio concluye que la resiliencia es una capacidad que se puede desarrollar en la vejez y que al igual que en otras etapas de la vida, esta capacidad se desarrollará a través de la interacción entre factores de riesgo y protección (Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, 2017, p. 27).

Por otro lado, se halló un estudio del año 2017, encontrado en el contexto latinoamericano. Dicho estudio perteneciente a la facultad de psicología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, titulado *Resiliencia y Satisfacción con la Vida en Adultos Mayores que Asisten a CAM's en Lima Metropolitana*, cuyo objetivo es describir la relación entre la resiliencia y satisfacción con la vida en adultos mayores que asisten a centros del adulto mayor de Lima metropolitana, se realizó, con 151 adultos mayores, en el cual, se utilizó la escala de resiliencia CD-RISC de Serrano, Notario, Bartolomé, Soler y Martínez (2012), y la escala de satisfacción con la vida de Martínez (2004).

Entre los resultados hallados en este estudio, se encontró que la resiliencia influye significativamente en la satisfacción con la vida, lo cual indica, teniendo en cuenta también, otros estudios y antecedentes, que, entre una mayor resiliencia, hay mayor satisfacción con la vida en los adultos mayores. Además, se halló que, al relacionar los puntajes de las dos escalas empleadas, se encontró una relación positiva y significativa entre ellas que refuerza la hipótesis, de que, a mayor resiliencia, mayor satisfacción con la vida en adultos mayores (López, 2017).

Así mismo, se concluyó en el estudio, que la resiliencia, “posee un efecto predictor sobre la satisfacción con la vida. Donde, los adultos mayores, caracterizados por la resiliencia, se encuentran más propensos a percibir de manera positiva su vida actual y al mismo tiempo, sentirse satisfecho de sus logros alcanzados” (López, 2017, pp. 42-43).

También se halló que las emociones positivas, no solo se viven en el momento presente, sino que, además, incrementan la posibilidad de tener bienestar en el futuro, generando un mayor acercamiento hacia el bienestar emocional, ya que, desde allí, parte el peso que las persona le dan tanto a las emociones positivas como a las negativas, lo que se constituye en la base de los juicios

de la satisfacción con la vida. Del mismo modo, las emociones positivas, posibilitan “construir la capacidad de afrontar y manejar las adversidades futuras, dicha capacidad, entendida como resiliencia. Por lo que, se concluye que, las emociones positivas interactúan activamente, tanto en la satisfacción con la vida, como en la resiliencia” (López, 2017, p. 43).

Adicional a esto, el estudio devela la importancia del contexto en el que se desenvuelve el adulto mayor, ya que, puede ser un factor que promueve o facilita la experimentación de emociones positivas, es decir, un ambiente que genera una percepción de bienestar, ampliando y construyendo, capacidad de afrontamiento frente a las adversidades (López, 2017, p. 43). Finalmente, el autor del estudio hace las siguientes recomendaciones:

- Mayor participación de la familia y el estado en la promoción de escenarios adecuados que posibiliten emociones positivas en los adultos mayores.
- Así mismo, señala la importancia de explorar con mayor profundidad la población de adultos mayores y las diferentes variables psicológicas existentes, como, autoestima, apoyo social, calidad de vida, entre otros, ya que, son muy pocas las investigaciones realizadas en estos temas específicos y en esta población en particular.

Así mismo, en Bolivia, Maritza Severina Condori de la Universidad Mayor de San Andrés, perteneciente a la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, en la carrera de psicología, plantea un trabajo de grado sobre *Calidad de vida y la capacidad resiliente de adultos mayores en situación de vulnerabilidad asistentes a la Fundación Ancianos la Paz*, realizado en la Paz- Bolivia en el año 2017, en el cual se pone de relieve la importancia de realizar estudios sobre los adultos mayores, ya que éstos, se han vuelto una población mayoritaria y por tanto, los aspectos de calidad de vida y resiliencia que envuelven la etapa de la vejez son de suma importancia, ya que una adecuada calidad de vida y una capacidad para sobreponerse a los problemas, adversidades y salir fortalecidos de ellos, fomentaran un envejecimiento exitoso, lo cual en Bolivia, es una realidad aún muy lejana en la mayoría de las personas adultas mayores, y aún más, en el caso de adultos mayores en situación de vulnerabilidad (Condori, 2017).

Por ende, éste estudio se plantea con el objetivo general de establecer la relación entre la calidad de vida y la capacidad resiliente de adultos mayores en situación de vulnerabilidad asistentes a la “Fundación Ancianos La Paz” (FAP) de la Ciudad de La Paz en la zona Alto Pampahasi (Condori, 2017). Para ello, empleo un enfoque de investigación cuantitativa,

utilizando la recolección y análisis de datos de preguntas establecidas y la verificación de una hipótesis previa, además se realizó de manera correlacional, para evaluar la relación y el grado de asociación, que existe entre las variables la calidad de vida y capacidad resiliente en el adulto mayor en estado de vulnerabilidad.

Por otro lado, el trabajo contó con un diseño no experimental- transversal debido a que se realizó sin manipular deliberadamente variables, buscando observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para ser analizados posteriormente (Condori, 2017). Para llevarse a cabo, el estudio conto con una población inicial constituida por 65 personas adultas mayores entre varones y mujeres habitantes de la zona Alto Pampahasi, a los alrededores de la Ciudad de La Paz, pertenecientes a la Fundación Ancianos La Paz, concluyendo, con la elección de una muestra de 25 sujetos (Condori, 2017).

Los instrumentos que se utilizaron para evaluar las variables fueron el cuestionario de información general de los sujetos, la Escala de FUMAT para evaluar la calidad de vida en adultos mayores y el segundo instrumento, es la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young, para conocer el nivel de resiliencia de los sujetos objetos de estudio (Condori, 2017). Las conclusiones del estudio evidenciaron que existe una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida y la resiliencia, la cual se presenta de manera lineal y positiva y se refiere al comportamiento de ambas variables, es decir, que, a mayor calidad de vida, mayor capacidad resiliente o viceversa, a mayor capacidad resiliente, mayor calidad de vida. De este modo, la capacidad resiliente de las personas adultas mayores se encuentra relacionada significativamente con la dimensión del bienestar emocional de la calidad de vida, lo que resulta lógico, ya que, dicha capacidad, considerada como un medio psicológico para hacer frente a las adversidades, promueve la ausencia de estrés, depresión, aislamiento, ansiedad y, por ende, permite al adulto mayor una satisfacción emocional personal (Condori, 2017).

La investigación, además, aprobó la hipótesis de que la calidad de vida se relaciona significativamente con la capacidad resiliente en los adultos mayores del estudio, sin embargo, la población de varones de la investigación presenta una mejor calidad de vida y una mayor capacidad resiliente en comparación con el grupo de mujeres. También se halló, que las personas casadas presentan una mejor calidad de vida y resiliencia en comparación con las viudas. Del mismo modo, se evidencio que las personas que tuvieron la posibilidad de estudiar y aquellas que

lograron una jubilación, poseen una mejor calidad de vida y resiliencia en comparación con las que no alcanzaron o tuvieron estas posibilidades y logros (Condori, 2017).

Por último, el estudio plantea que el envejecimiento positivo y exitoso si es posible, pero requiere de actitudes, organizaciones, proyectos e instituciones que ayuden al individuo a adaptarse a los cambios propios de esta etapa de la vida, para lo cual, es necesario no renunciar ni sufrir por dichos cambios, sino, más bien, superar las adversidades en pro tener una óptima calidad de vida fomentando una mayor capacidad resiliente (Condori, 2017).

Del mismo modo, se halló un estudio realizado en la universidad del Papaloapan, Campus Tuxtepec, Oaxaca, México realizado por Claudia Toribio Ferrer y Silvia Franco Bárcenas y titulado: “*Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo*” En el año 2018, el cual surge, según los autores, debido a que en los últimos años se ha incrementado la población de adulto mayor institucionalizado en México y por ende, los centros que acogen a esta población, por tal razón, el estudio define como objetivo “describir las vivencias de los adultos mayores institucionalizados en un asilo del estado de Oaxaca” (Toribio & Franco, 2018, p. 16).

La investigación se realizó con una metodología cualitativa de tipo fenomenológico, con una muestra de 21 adultos mayores que llevaran en la institución mínimo un año, que fueran mayores de 60 años y que no tuvieran ningún tipo de dificultad mental. Además, las investigadoras utilizaron como técnica el análisis de contenido propuesto por Klaus Krippendorff, dicha estrategia se basa en la selección de fragmentos discursivos para obtener las percepciones repetitivas nombradas por la población objeto de estudio, recogidas a través de la entrevista profunda con los participantes (Toribio & Franco, 2018, pp. 17-18).

El presente estudio encontró a través del análisis de las enunciaciones de los participantes, que los adultos mayores que se encuentran institucionalizados oscilan entre los 60 y 86 años, tienen una estadía entre 1 a 12 años, además, que: “dos adultos mayores han intentado suicidarse y tres de ellos tienen una pierna amputada” (Toribio & Franco, 2018, p. 19).

El presente estudio realizó el contenido del análisis desde las siguientes categorías y encontró lo siguiente:

1. Ingreso del adulto mayor a la institución: se halló que las motivaciones de los adultos mayores para hacer parte de una institución, es encontrar o crearse una mejor calidad de

vida, ya que, por las mismas condiciones de la edad tienen necesidades de asistencia en diversas áreas de su vida, por viudez y maltrato ya sea psicológico y físico que reciben por parte de su entorno familiar. Además, se encontró que los adultos mayores son abandonados y excluidos de su núcleo primario.

2. Estadía con reglas que tienen que cumplir: frente a lo encontrado en el estudio sobre la estadía en la institución, a la hora de cumplir las normas de la misma se concluye que, por un lado, hay adultos mayores que manifiestan sentirse bien con lo establecido en la institución debido a que en ella encuentra la cobertura en la satisfacción de las necesidades básicas. Por otro lado, algunos adultos mayores manifiestan que en la institución no hay privacidad, además manifiestan que hace falta de atención médica y de recursos de higiene.
3. Maltrato físico y psicológico: se encontró que en la institución hay manifestación de maltrato psicológico de los entes de la institución hacia los adultos mayores, al igual que negligencia
4. Depresión: se encontró que la mayoría de los adultos presentan depresión, también encontró como hallazgo que los síntomas depresivos de la población del estudio son: tristeza, soledad, ansiedad, enojo y desesperanza
5. Resignación: los adultos mayores del estudio presentan resignación a la hora de estar en la institución, por lo que manifiestan estar bien con y que les toca estar ahí.
6. Eventos accidentales: se relaciona con las enfermedades crónicas degenerativas encontradas en el presente estudio con la población de adulto mayor, como hipertensión arterial, problemas con el líquido en las rodillas, diabetes melitus, dislipidemia y osteoporosis. (Toribio & Franco, 2018, pp. 19-21).

Finalmente, en lo concerniente al contexto latinoamericano, se encontró una investigación cualitativa titulada “*Representación social de la sexualidad de los adultos mayores*” realizada por Sibelys Akela Paz González, Yanara Rodríguez Roche, Idalmis Ramírez Oves, Yurianely Machado Machado y Delia María Santiesteban Pineda, durante el mes de octubre del 2015 y junio del 2016 en la Casa de Abuelos No. 2 de Santa Clara, Cuba. Dicho estudio buscaba caracterizar la representación social que 24 adultos mayores entre las edades de 64 a 84 años daban de la sexualidad (Paz, Rodríguez, Ramírez, Machado & Santiesteban, 2018, pp. 84 - 87).

La investigación estaba orientada a rastrear categorías para la representación social de la sexualidad en la población de adulto mayor, la primera, dirigida al conjunto de la representación social acerca de la sexualidad, en el cual se analizaban las elaboraciones simbólicas, los significados, el sentido y el lenguaje que la población construye sobre la sexualidad.

Otra categoría, siguiendo las teorizaciones propuestas por Moscovici, halló que las representaciones sociales que se identificaron se relacionaban con 3 dimensiones como lo son: “actitud, información y campo de representación” (Paz, et al, 2018, p. 87), y además precisó, que la última categoría central, se organizaba de forma sistemática y jerárquica con las atribuciones y elementos de las configuraciones simbólicas que cada uno de los adultos participantes le atribuían a la sexualidad (Paz, et al, 2018)

Los investigadores utilizaron técnicas como: “la observación, el debate grupal, la entrevista semiestructurada, las dinámicas de grupo... la asociación libre de palabras, la técnica de cuestionamiento del núcleo central, y la triangulación de datos como metodología fundamental de análisis” (Paz, et al, 2018, p. 87)

La presente investigación llegó a las siguientes conclusiones:

- Para los adultos mayores la sexualidad es basada en tener “relaciones sexuales” y 7 adultos mayores manifestaron que la sexualidad es “cariño”, “amor” y “afecto” (Paz, et al 2018, p. 88).
- Por otro lado, el estudio concluyo que la población no tiene un conocimiento claro sobre la sexualidad, por lo que para los participantes acto sexual y sexo hacen alusión a lo mismo (Paz, et al, 2018).
- Con respecto a la representación social de la sexualidad, los adultos mayores interpretan esta con base a los mitos, prejuicios y planteamientos de la sociedad. En la cual, hacen los siguientes comentarios: “hablar de los temas sexuales son cosas de la juventud de ahora”, “los que hablan de temas sexuales son los jóvenes y los hacen de forma depravada”, “eso no se hacía en mis tiempos”, “los ancianos ya no estamos para esas cosas, solo queremos un compañero”, “los viejos que se casan buscan a las jovencitas, que solo quieren su dinero” (Paz, et al, 2018, p. 88).
- Los adultos mayores, manifestaron una actitud de rechazo a la relación sexual que es la que asocian con el término sexualidad, ya que, a la hora de preguntarle sobre la

sexualidad en la etapa de la vejez, los participantes manifestaron desagrado, por lo que plantearon comentarios como: “que no es tan necesaria, en esta etapa ya no hay ese amor platónico”, “ya eso pasó”, “en esta etapa ya eso no funciona”, “no es igual que cuando uno era joven”, “ya los viejos no estamos para eso”, “ya no se siente nada”, “los viejos ya no necesitan eso” (Paz, et al, 2018, p. 89).

- El estudio también concluyó que los adultos mayores tenían una representación social de la sexualidad, basada en una actitud de rechazo, ya que, los investigadores del estudio observaron esas actitudes en debates grupales de mitos y prejuicios de la sexualidad en los participantes (Paz, et al, 2018).

Después del anterior acercamiento al panorama internacional, es evidente que el panorama para Colombia está enmarcado bajo las mismas circunstancias que conciernen al mundo entero. El envejecimiento poblacional es un tema insoslayable en la realidad Colombiana y por tanto, despierta el interés y la mirada de los diferentes sectores: académicos, sociales, éticos y políticos, con el fin de adentrarse y acercarse cada vez más, no sólo al adulto mayor, sino, a los aspectos que se relacionan con éste y que están en vía de propender mayor bienestar en las diferentes esferas al mismo, principalmente por ser una población descuidada, en tanto la mayoría de políticas públicas y estudios del país apuntan a la niñez y la adolescencia.

Así mismo, en el mundo entero y en Colombia, la resiliencia es un tópico de creciente interés investigativo en la vejez, al que han sido asociados diferentes factores individuales, sociales y culturales, sin embargo, se trata de un área en pleno desarrollo que requiere “del establecimiento de una definición unificada, y de la creación de un modelo teórico y de intervención” (Cárdenas & López, 2011, p. 528). Por esto, fue publicado por la Revista de Salud Pública, un estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, en cabeza de Andrea Cárdenas Jiménez y Alba L. López-Díaz, denominado *Resiliencia en la vejez*, cuyo objetivo fue caracterizar la literatura sobre resiliencia y vejez, publicada en el período comprendido entre 1990 a 2006. Para ello, realizaron una búsqueda sistemática en cinco bases de datos (Academic Search Premier (EBSCO Host), Medline, Psyc Articles, Ovid y Science Direct) “se incluyeron en el análisis 33 piezas de literatura en las cuales se encontró un total de 31 definiciones diferentes para la resiliencia, surgidas de ocho disciplinas, principalmente de campos relacionados con la salud” (Cárdenas & López, 2011, p. 528).

Se encontró en el estudio, que los trabajos de investigación estudiaron la asociación de la resiliencia con factores individuales y con factores sociales/ambientales. Las variables de estudio más frecuentes fueron la edad y la autopercepción de salud. Además, fue de especial interés “entre los factores socio/ambientales, los valores culturales y religiosos” (Cárdenas & López, 2011, p. 528).

Cárdenas & López (2011), también expusieron en dicho estudio,

Que todas las definiciones de resiliencia (31 definiciones revisadas) encontradas, tienen una estructura común, caracterizada por la presencia de cuatro elementos: el tipo de atributo como la plantea cada definición, sus manifestaciones, las dimensiones de la vida en las que se evidencia y las demandas ambientales ante las cuales se pone de manifiesto (p. 532).

El presente estudio reveló, que la resiliencia es concebida, en su mayoría, “como habilidad o capacidad personal, como característica positiva de la personalidad, como proceso transaccional y/o como capacidad adaptativa” (Cárdenas & López, 2011, p. 532). En este sentido, se ubicaron componentes relacionados con la resiliencia en la vejez, dichos componentes pueden ser vistos como parte de dos amplias concepciones y potencialidades del ser humano: la primera, “como productos propios del desarrollo que permiten una mejor vivencia del proceso de envejecimiento” y la segunda, como interacciones entre las características individuales del individuo y las demandas ambientales (Cárdenas & López, 2011, p. 533).

Se exhibió, que el componente más representativo dentro de la primera concepción es el "envejecimiento exitoso", el cual reconoce entre sus principales elementos, la longevidad, la satisfacción, el bienestar, la resiliencia, la ausencia de enfermedad física, la ausencia de discapacidad, el dominio, el compromiso activo con la vida, la vida independiente y la adaptación positiva (Cárdenas & López, 2011).

Por otro lado, se encontraron estrechas relaciones entre la resiliencia y conceptos como: “adaptación, dominio del estrés, envejecimiento transformativo, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, estrategias de ajuste cognitivo, sentido de coherencia, auto trascendencia, propósito en la vida, optimismo y esperanza” (Cárdenas & López, 2011, 534). Estos, conceptos dirigidos a factores individuales del individuo, en relación con la resiliencia, pueden ser categorizados como demográficos, emocionales, cognitivos, de personalidad, y relacionados con el afrontamiento, la salud, el funcionamiento y la autopercepción (Cárdenas & López, 2011).

El estudio reporta, con respecto a “factores sociales / ambientales vinculados a la resiliencia, factores familiares, de soporte social extrafamiliar, culturales, históricos, relacionados con el afrontamiento y el acceso a servicios de cuidado de la salud”. En este aspecto, se pone de relieve, que los valores culturales influyen sobre la resiliencia en los adultos mayores de forma significativa, “por medio de su efecto sobre las formas de ver el mundo propias de cada cultura” (Cárdenas & López, 2011, p. 535).

El estudio concluye enfatizando en que “la resiliencia favorece aspectos o variables de resultado como la salud y el bienestar, encontrándose que se recuperaban, mantenían y mejoraban con mayor facilidad los ancianos resilientes” (Cárdenas & López, 2011, p. 537). Hallazgos y conclusiones de este tipo, sugieren a los prestadores de servicios de salud, la importancia del fortalecimiento y fomento de los aspectos psicológicos relacionados con la resiliencia en pro de la “construcción, mantenimiento y restauración de la salud y calidad de vida en la población adulta mayor” (Cárdenas & López, 2011, p. 537).

En esta misma vía, uno de los estudios encontrados en el contexto Nacional, corresponde a una tesis de pregrado en la carrera de psicología de la Universidad Javeriana de Bogotá, titulada *Resiliencia, sentido vital y calidad de vida en la vejez*, la cual fue elaborada por Laura Carolina Castro Blanco y Diana Marcela Rincón Sánchez en el año 2011. Los propósitos del trabajo encontrado, eran comprender cómo relatan dos adultos mayores su calidad de vida, a partir de su apreciación personal sobre sus propósitos y la valoración de su sentido vital, al haber vivido procesos resilientes, para lo cual tenía como objetivo, por un lado, identificar de qué manera vivir un proceso resiliente puede mejorar la calidad de vida, y, por otro lado, entender cómo la realización del sentido vital puede ser favorable para valorar la calidad de vida, en particular, después de haber vivido un proceso resiliente y, finalmente, indagar qué aspectos de la calidad de vida se transformaron durante y después de vivir un proceso resiliente (Castro & Rincón, 2011, p. 34).

Para llevar a cabo el estudio, se contó con la participación de dos mujeres adultas mayores. Los criterios tenidos en cuenta para elegir las muestras fueron que los participantes tuvieran más de 65 años, que hubiesen atravesado por una o varias adversidades grandes o pequeñas y que estuvieran o hubiesen vivido procesos resilientes. Al ser un estudio con metodología cualitativa y con un enfoque descriptivo e interpretativo, el método utilizado para la recolección de la información fue la entrevista semiestructurada a profundidad (Castro & Rincón, 2011, pp. 41-42).

Para realizar el análisis de la información se plantearon las siguientes categorías de análisis: “calidad de vida, sentido de vida y resiliencia” (Castro & Rincón, 2011, pp. 34-41). El estudio encontró que las categorías de análisis, no solo se sumen desde las experiencias vitales, si no, que están fuertemente influidas por factores sociales, económicos y culturales. También se encontró, que la capacidad resiliente para aprender de las circunstancias y salir fortalecidos de las mismas, ha permitido a las participantes afrontar las situaciones adversas que se han presentado en sus vidas de manera adecuada y que, si bien en su momento han sido difíciles y dolorosas, al final han sido fuente de enseñanza para las participantes (Castro & Rincón, 2011, p. 76).

Del mismo modo, la capacidad para mantener su proyecto de vida a pesar de los cambios que traen adversidades en los planes o forma de alcanzar los mismos, han demostrado que una adecuada capacidad resiliente impacta de manera positiva la calidad de vida, ya que, tener metas y proyectos y no desistir de ellos, no solo generan bienestar, sino sentido de vida, ya que se tiene algo por lo que luchar, lo cual, moviliza y pone en marcha diferentes recursos para la obtención de los mismos a nivel físico, mental, espiritual, económico, social, entre otros. También se encontró, que algunos de los recursos protectores que juegan un papel importante en la capacidad de asumir las adversidades e impactan el bienestar psicológico y social disminuyendo los factores vulnerables que se presentan al momento de una crisis, están en relación con el sentido del humor, “la creatividad, la autonomía, la fe, la espiritualidad, la iniciativa, la autoeficacia, la autosuficiencia, la actividad social, el nivel y estilo de vida, las variables sociodemográficas, la salud y la religión” (Castro & Rincón, 2011, pp. 76-81).

Las autoras recomiendan, por lo tanto, realizar más investigaciones que aborden el tema de la resiliencia en la adultez mayor, que permitan comprender la compleja dinámica existente entre los momentos del ciclo vital y la realización del sentido de vida a lo largo de la existencia. Además, también sugieren la realización de más estudios sobre calidad de vida y estudios donde se compare la capacidad resiliente entre géneros (Castro & Rincón, 2011).

También, se encontró literatura e investigaciones en el contexto Antioqueño relacionadas con el tema en cuestión, sin embargo, si bien se encuentran investigaciones a nivel departamental frente al tema del adulto mayor, con respecto a la calidad de vida y aún más frente a la resiliencia, los estudios continúan siendo escasos.

Al respecto, uno de los estudios corresponde a un estudio elaborado por Alejandro Estrada, Doris Cardona, Ángela María Segura, Lina Marcela Chavarriaga, Jaime Ordóñez y Jorge Julián

Osorio en el 2011 como artículo de la revista biomédica de la Universidad CES de Medellín para la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, titulado *Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín*.

El objetivo principal de dicho estudio era explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares, para lograrlo, se llevó a cabo un estudio transversal con 276 ancianos de 39 diferentes centros de bienestar del anciano de Medellín en el año 2008. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión-exclusión, se excluyeron los adultos mayores con grave deterioro cognitivo y aquellos que no residieran de forma permanente en la institución. La calidad de vida se evaluó mediante el instrumento de la Organización Mundial de la Salud, el World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD), también se utilizó la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la mini valoración nutricional y, además, se tuvieron en cuenta y evaluaron aspectos sociodemográficos (Estrada, et al, 2011).

El estudio encontró que presentar puntajes altos en síntomas depresivos, ansiosos y déficit en la capacidad funcional, sumado al hecho de que el adulto mayor se haya sentido maltratado por parte de su familia, reducen significativamente el puntaje en la calidad de vida del adulto mayor. Además, encontró que la calidad de vida en el adulto mayor implica muchas variables como la satisfacción, la felicidad, autoestima, capacidad adquisitiva, la buena salud física y psíquica, las relaciones sociales y familiares satisfactorias entre otras, sin embargo, una de las que mayor peso tiene en el adulto mayor es la relacionada con la salud (Estrada, et al, 2011).

En cuanto al proceso de institucionalización, más allá de la misma, el estudio encontró que un factor que impacta negativamente a la calidad de vida, es el modo en que esta se da, en este sentido, los procesos de institucionalización que se llevan a cabo en contra de la voluntad del adulto mayor reducen no solo el contacto familiar y social, sino su autonomía ya que sus decisiones y ellos mismo empiezan a verse regulados por las decisiones y disposiciones institucionales (Estrada, et al, 2011).

Por otro lado, entre los factores que se hallaron más asociados con la calidad de vida de los adultos de centros geriátricos en la investigación, se encontró que el sexo juega un papel relevante en la misma, de este modo, las mujeres puntuaron más bajo que los hombres en la calidad de vida, lo cual, según el estudio, puede deberse a cuestiones sociales y culturales. Un hallazgo permanente del estudio fue la relación entre baja calidad de vida y altas puntuaciones en

síntomas depresivos, ansiosos y déficit en la capacidad funcional. A su vez se halló y evidenció, la constante relación entre baja calidad de vida y el hecho de que el adulto mayor manifestará haberse sentido maltratado por su familia, situación que, según el estudio, genera infelicidad y frustración en el adulto mayor. En cuanto a la salud, el estudio encontró, que, tras padecer ciertas enfermedades como la diabetes, se establece una condición médica que afecta negativamente la calidad de vida del adulto mayor (Estrada, et al, 2011).

Finalmente, un aspecto que se asoció positivamente con la calidad de vida es el hecho de que la institucionalización se dé de manera voluntaria por parte del adulto mayor, esto, principalmente en los casos en que el adulto mayor es una persona que vive sola, que no posee o ha perdido sus redes de apoyo social y familiar, se considera una carga para su familia, entre otras (Estrada, et al, 2011).

Otro de los estudios corresponde a un estudio elaborado por Karent Viviana Arenas Betancur, Diana Maryori Escobar García y Luisa Fernanda Hincapié Ríos realizado en el 2015 como tesis de pregrado para la carrera de Psicología en la Universidad de Antioquia, titulado *Concepción de la calidad de vida en el adulto mayor del Municipio de Rionegro*. Dicho estudio tenía como objetivo principal identificar la concepción de la calidad de vida de 6 adultos mayores del municipio de Rionegro, por lo cual entre los objetivos específicos, se encontraban identificar no solo los aspectos que influyen positiva y negativamente en la calidad de vida del adulto mayor, los aspectos que pueden ser susceptibles a mejorar en la calidad de vida del mismo y la formulación de estrategias destinadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Arenas, Escobar & Hincapié, 2016, p. 22).

Para llevar a cabo el estudio, se eligieron 6 adultos mayores del Municipio de Rionegro, el estudio fue de tipo cualitativo, por lo cual se eligió la entrevista individual semiestructurada como técnica de recolección de la información, en la cual y debido al tema de investigación se tuvieron en cuenta las siguientes categorías de análisis: familiar, social, salud (biológico), recreación, laboral, autosatisfacción, sexualidad. Del mismo modo, para el análisis de la información, se tuvieron en cuenta las siguientes categorías emergentes: la espiritualidad y el envejecimiento, resiliencia en la vejez, la muerte y la vejez. (Arenas, Escobar & Hincapié, 2016).

El análisis de los resultados se dividió en tres aspectos: los aspectos negativos, los aspectos positivos y los aspectos susceptibles de mejorar en la calidad de vida del adulto mayor, cada uno

de ellos, teniendo en cuenta las categorías de análisis establecidas en el estudio, así como las emergentes.

En cuanto a los aspectos negativos, el estudio halló que uno de los aspectos que más afecta al adulto mayor y su calidad de vida es la relación familiar, ya que suelen sentirse una carga para la misma, se sienten poco importante para los miembros de su familia, lo cual afecta la valoración que el adulto mayor hace de su mismo. Otro aspecto negativo, está en relación con la percepción y devaluación social de la cual es víctima el adulto mayor, especialmente por parte de adolescentes y personas jóvenes, quienes les dan un lugar de inutilidad. Otro aspecto que afecta de manera significativa la calidad de vida del adulto mayor es la imposibilidad de laborar o trabajar en la realización de las actividades que solían o estaban acostumbrados a realizar, aspecto que potencia su idea de sentirse incapaz con respecto a la población joven y lo hace sentirse excluido. Así mismo, en cuanto a la salud, la presencia de enfermedades y deterioro físico afectan de manera importante la calidad de vida del adulto mayor, ya que, no solo son fuente de malestar y dolor, sino, que en muchos casos implican la dependencia de otros y cuidados especiales (Arenas, Escobar & Hincapié, 2016, pp.48-50).

En cuanto a los aspectos positivos, cabe resaltar que los adultos mayores que mejores relaciones familiares y sociales tenían, en las cuales encontraban soporte económico y amoroso, eran quienes evidenciaban mayores aspectos positivos y una mejor calidad de vida, en este sentido, dichos aspectos estaban en relación con la satisfacción por el deber cumplido en la crianza de sus hijos, la experiencia y sabiduría personal. Sumado a lo anterior, es importante señalar, que el bienestar económico impacta de manera positiva la percepción de calidad de vida que se posee, por lo cual, se halló que el adulto mayor que tiene sus necesidades básicas cubiertas y que no tiene carencias económicas, bien sea por que ha sido pensionado o por que sus hijos o familiares lo proveen, percibe una mejor calidad de vida que aquel adulto mayor que tiene carencias económicas, así mismo, el hecho de sentirse productivos principalmente en las labores del hogar al no haber empleo, es un factor que mejora la percepción que el adulto mayor tiene de su calidad de vida (Arenas, Escobar & Hincapié, 2016).

También se encontró que un factor importante que los adultos mayores señalan como base de una buena calidad de vida y un buen envejecer, es el hecho de poder realizar actividades físicas, acceder a recreación y deportes, ya que no solo les permite mejorar la salud física y mental, sino,

que permite compartir tiempo en familia, conocer personas nuevas y establecer relaciones sociales (Arenas, Escobar & Hincapié, 2016, pp.51-55).

En cuanto a los aspectos susceptibles a mejorar, se señala la importancia del acompañamiento, no solo a nivel físico, sino afectivo hacia el adulto mayor, a su vez, una mayor inclusión de la familia en la atención al mismo, apropiándose de los procesos que éste atraviesa, de modo, que los hagan sentir queridos y apoyados y no como una carga. El estudio también concluyó, que es importante mejorar lo concerniente a la resiliencia en el adulto mayor, puesto que permitan enfrentar mejor el proceso de envejecimiento y por ende la calidad de vida. Otro aspecto susceptible de mejorar es en referencia a las representaciones sociales negativas que existen acerca del adulto mayor, sobre las cuales es necesario trabajar no solo a nivel social, sino también familiar (Arenas, Escobar & Hincapié, 2016).

4.2. Marco conceptual

4.2.1. Vejez:

Al respecto de la vejez, Arias, et al (2014) plantean que:

La vejez es un periodo de la vida, es decir, una parte del desarrollo humano que precede a la muerte. Así, la vejez o senectud comprende el periodo de la vida que va desde los 60 años hasta la muerte. Se les considera senectos jóvenes a las personas que tienen una edad que oscila entre los 60 y los 69 años. Al periodo del desarrollo de entre 70 y 79 años se le llama senectud de edad intermedia; a quienes tienen entre 80 y 89 años senectos viejos, y las personas que superan los 90 años reciben el apelativo de senectos ancianos (Arias, et al 2014, p. 85).

Por otro lado, según el Ministerio de Salud y protección social de Colombia -MINSALUD (2018) “La vejez representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas” (MINSALUD, 2018, párr. 3).

4.2.2. Envejecimiento:

El envejecimiento es un proceso natural en los seres vivos de cualquier especie, en los seres humanos, el envejecimiento se estudia principalmente desde la biología y medicina, sin embargo,

no se aborda solo desde este campo de estudio, ya que es estudiada por ciencias como la sociología, la psicología, entre otras. Por lo tanto, por un lado, para la Organización Mundial de la Salud (2015):

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos adultos mayores disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (OMS, 2018, párr. 10).

Por otro lado, el Minsiterio de Salud de Colombia (2018) plantea que:

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (MINSALUD, 2018, párr. 2).

4.2.3. Adulto mayor:

Según la OMS, se consideran adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual a 60 años para países en vías de desarrollo y de 65 años o más para personas de países desarrollados, estas diferencias cronológicas obedecen a características socioeconómicas de algunos países (Olmedo, 2003).

Para la Republica de Colombia, según el Ministerio de Salud:

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad (MINSALUD, 2018, párr. 1).

4.2.4. Calidad de vida:

La calidad de vida se refiere a un concepto que abarca diversos niveles que pueden incluir las necesidades biológicas, económicas, sociales y psicológicas, es decir, reúne tanto, aspectos objetivos y subjetivos del bienestar social que se fundamenta en la experiencia ya sea individual y comunitario del individuo (Bonilla, s. f.).

Bonilla (s. f.) sugiere, que el concepto de calidad de vida y bienestar social puede tener cinco campos a comprender, como son:

1. Físico: donde puede tener aspectos de salud y seguridad física.
2. Material: contar con una vivienda digna y propia, con acceso a todos los servicios básicos, alimentos al alcance, medios de transporte.
3. Educativos: existencia y cercanía a una educación, donde permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva, haciendo parte de esto, sus creencias y espiritualidad.
4. Emocional: campo muy importante para cualquier ser humano, mediante el cual permite que su estado emocional vaya creciendo e interrelacionarse eficazmente.
5. Social: donde al ser humano tiene opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y círculos de amistades que permitan desarrollo de este, así, como la posibilidad de tener espacios de recreación y esparcimiento.

Así, este concepto, podría entenderse como la interacción de diversos factores que impactan la vida del ser humano y le hacen tener una visión positiva o negativa de su existencia” (Bonilla, s. f.).

4.2.5. Centros de protección integral al adulto mayor:

Los Centros de promoción y protección social para personas adultas mayores, son establecimientos que prestan servicios de protección y cuidado integral a dicha población, ofreciendo alternativas de desarrollo, propiciando espacios favorables para la socialización, recreación, capacitación, productividad y desarrollo de proyectos de vida digna (MINSALUD, 2018, párr. 3).

Por ello MINSALUD (2018) establece cualquiera de las siguientes modalidades para prestar dichos servicios:

- a.** Centros residenciales para personas adultas mayores: Son aquellos destinados a la vivienda permanente o temporal de las personas mayores, donde se ofrezcan servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades productivas, de protección y cuidado integral de las personas adultas mayores. Estos centros también pueden ofrecer servicios de centro día, atención domiciliaria o teleasistencia.
- b.** Centros día para personas adultas mayores: funcionan en horario diurno, generalmente de ocho horas diarias, entre las 6 a.m. y 6 p.m., durante cinco o seis días a la semana, orientados a la protección y al cuidado integral de las personas adultas mayores. Son también llamados centros de vida.
- c.** Centros de atención domiciliaria para personas adultas mayores: Son aquellos orientados a prestar servicios domiciliarios con el fin de proporcionar bienestar a las personas adultas mayores, en su lugar de residencia.
- d.** Centros de tele-asistencia domiciliaria: ofrecen atención especializada a través del contacto telefónico inmediato con una persona idónea para la asistencia en crisis personales, sociales o médicas de las personas adultas mayores, con el propósito de brindarles seguridad y mejorar su calidad de vida (MINSALUD, 2018, párr. 3).

4.2.6. Resiliencia:

La resiliencia incluye procesos genéticos, biológicos y psicológicos (Monroy y Palacios, 2011 citados en Cruz, 2015). El término “resiliencia” es un término joven en la psicología. Este término proveniente de la física, se ha venido incorporando en la literatura especializada de la salud mental, como una hipótesis explicativa de la conducta saludable en las personas que se encuentran o han pasado por condiciones de adversidad o alto riesgo y, en términos generales, se define como la capacidad de los individuos de desarrollar procesos que les permiten afrontar,

adaptarse y prosperar de cara a situaciones individuales, sociales y simbólico culturales estresantes y adversas (entre ellas se podría situar el envejecimiento, debido a los cambios a nivel psicológico, biológico, social, entre otros que esta etapa trae consigo) (Cárdenas & López, 2011, citados en Saavedra & Villalta, 2008, p. 529).

En diversos estudios, se ha hallado que la resiliencia no solo tiene un componente innato, sino que también posee un componente aprendido (Cruz, 2015). Cuando, por un lado, se hace alusión al componente innato, este se define como “una característica individual de la persona o un rasgo se habla de resiliencia innata para referirse a diferentes fuerzas motivacionales dentro de la persona que promueven la integración a la adversidad de manera beneficiosa” (Jiménez, 2011; Nebel, 2008, citados en Cruz, 2015, p. 10). Por otro lado, cuando se hace alusión a la resiliencia y se aborda como capacidad aprendida, se define como “un conjunto de variables que protegen de los eventos estresantes o peligrosos, favoreciendo la adaptación que puede ser fomentada, desarrollada y aprendida (Jiménez, 2011; Nebel, 2008, citados en Cruz, 2015, p. 10).

La resiliencia ha de reunir dos condiciones o características primordiales. En primera instancia, la exposición de la persona tiene que ser a un daño significativo o severo; y, en segunda instancia, tiene que haber una adaptación positiva en el proceso de desarrollo (Jiménez, 2008 citado en Cruz, 2015). Además, se puede comprender la resiliencia como resultado o como proceso, de este modo:

La resiliencia como resultado hace referencia a los efectos que muestra la persona tras haber sido expuesta a la situación amenazante. La resiliencia como proceso se refiere a la relación que existe entre los factores de riesgo y los resultados, así como la influencia de otras variables al exponerse a la adversidad (Jiménez, 2008, citado en Cruz, 2015, p. 10).

Del mismo modo, “la resiliencia promueve que la persona no sólo se adapte a las situaciones, sino que se adapte de manera positiva y manteniendo una buena salud mental” (Cabanyes, 2010 y 11, Lázaro y Gil, 2010, citados en Cruz, 2015, p. 10), pues se ha demostrado que “la mala adaptación y asimilación aumenta las posibilidades de presentar problemas diversos desde consumo de drogas hasta graves problemas mentales” (Becoña, 2006, citado en Cruz, 2015, p. 11).

4.3. Marco teórico

4.3.1 Teorías acerca de la vejez:

Para abordar la última etapa del ciclo vital, es decir la vejez, es necesario hacer un recuento de las principales perspectivas teóricas que a lo largo del tiempo han permanecido vigentes y las que desde una mirada actual abordan dicho fenómeno, teniendo en cuenta aquellas, que abordan el significado que se le da social, cultural y personalmente a la vejez.

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios, debido a que el individuo humano es un ente bio-psico-social. Lo anterior significa, que el sujeto que envejece no es solo objeto de estudio de la medicina, la biología, la sociología, entre otras, sino también de la psicología, por lo cual, a lo largo de la historia y en la actualidad existen diversas teorías acerca de la vejez, el adulto mayor y el envejecimiento.

Al ser la psicología una ciencia social y humana, hay diversidad de estudios teóricos acerca de la vejez y la forma en como la última etapa vital está condicionada por diversos factores históricos, sociales y culturales que, si bien afectan e impactan al sujeto que envejece, no desligan a dicho sujeto de un proceso personal, de posición subjetiva y una responsabilidad de sí mismo y su propio proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior, una teoría fundamental y vigente en la actualidad es la *Teoría del Desarrollo Psicosocial* de Erik Erikson, la cual, hace un seguimiento de la personalidad a través de la vida, dando principal peso a las influencias sociales y culturales sobre el “yo” en cada uno de los periodos vitales (1950). Para este autor, cada etapa del desarrollo gira en torno a una "crisis" de la personalidad que involucra un conflicto mayor diferente, por ello, cada crisis es un punto crucial relacionado con un aspecto de importancia a lo largo de la vida y surge de acuerdo con el nivel de maduración de una persona en un momento determinado. Si la persona se ajusta a las exigencias de cada crisis, el yo lograra desarrollarse y dar paso a la siguiente etapa, pero si una crisis no es resuelta satisfactoriamente, la persona continuará luchando con ella y esto interferirá con el desarrollo saludable del yo (Citado en Sánchez, 2004).

El último estadio o etapa vital, es nombrada por Erikson como la etapa de la integridad versus desespero, la cual, según él, inicia poco después de los 50 años. Para el autor, en esta etapa los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, tanto los sanos como los patológicos. La base fundamental de esta etapa y la

palabra que mejor expresa este momento, es la integridad, ya que implica: la aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial, la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo, una convicción de su propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad, una confianza en sí y en nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar (Sánchez, 2004).

De este modo, la falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos se manifiestan por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores. La palabra clave para expresar esta fuerza básica es, sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos sus significados, que se expresa en esta síntesis. Erikson señala que la falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el menosprecio (Sánchez, 2004).

De ahí, la importancia de la sabiduría, ya que la síntesis final de la vida está en la integridad que se confronta con la desesperanza, sobresaliendo la sabiduría como forma de ver y sentir la vida. La sabiduría, equivale a la mirada feliz del anciano que contempla la vida, el mundo, la realidad con un sentido de plenitud, mostrando una forma trascendente de ser, sentir y considerar el pasado y el presente, porque un futuro nuevo se presenta como no vivido aún, un sentido de vida más sentido por el significado que se puede encontrar en la propia historia de vida. Aunque lo interior, es lo ideal y la mejor resolución para la crisis de la última etapa de la vida, puede que esto no suceda y que, por el contrario, sea una etapa no deseada, debido a que trae a colación elementos de la vida del sujeto que no tolera o que lo llenan de culpas, resentimientos, remordimientos desilusiones y sinsentidos, y, por tanto, se convierta como bien señala Erikson, en una etapa de desesperanza y desesperación (Sánchez, 2004).

Por otro lado, Cowgill, en 1974 propone la *teoría de la modernización* en la cual plantea que, existen componentes sociales que acompañan al proceso de modernización, entre las que se encuentran, el aumento de la proporción de población anciana sobre el resto de la población, la extensión en la educación, la sustitución del modelo de familia extensa por el modelo nuclear en virtud del proceso de urbanización, entre otros, y, argumenta que la interacción de estos aspectos

producen, entre otros efectos, la disminución de “la valoración social de la vejez” (Citado en Aranibar, 2001, p. 12).

Esta manera particular de pensar, trae cambios sociales que transforman los sistemas de valores vinculados a la familia como institución y como entorno protector, pues esto supone una serie de modificaciones relativas a los cuidados del adulto mayor, trayendo como consecuencia la vulnerabilidad de éste, por lo que se agudiza su preocupación, por considerar que es una persona que está afectando el normal desarrollo de su ambiente familiar, y, por consiguiente se considera un obstáculo, en cuyo caso, opta por aislarse de la familia, o, en ocasiones es la familia misma quien lo aísla excluyéndolo de su entorno (Aranibar, 2001).

Sin embargo, esta teoría deja muchos vacíos acerca de la devaluación del anciano como efecto de los procesos de modernización y los cambios sociales que estos acarrearán, ya que como efecto de ello, se exagera la problemática que vivencian muchos adultos mayores, en comparación con otras culturas, que tienen una concepción, la cual mantiene pautas sociales que privilegian a las personas ancianas, considerándolas útiles y productivas, como ejemplo de estas formas particulares de ver al adulto mayor se tienen en las culturas orientales como la japonesa (Aranibar, 2001).

Otra perspectiva que se basa en el criterio de la edad es *la del ciclo de vida*, ésta alude a que la situación y la posición social experimentada en la vejez están determinadas por los acontecimientos, decisiones y conductas de los individuos en etapas anteriores de su vida, introduciendo así, la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital. Sugiriendo esto, que la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal, sino que, hace parte de un proceso en el cual el individuo mantiene la interacción con la sociedad, al igual que como se hace en etapas anteriores (Aranibar, 2001).

Como argumenta Aranibar (2001), la vejez posee su propio conjunto de normas, roles, expectativas y status, y, es la sociedad la que establece una pauta social sobre la edad que corresponde a este ciclo, enfatizando en establecer, lo que posiblemente sea su aporte más importante, y es que, siendo la vejez “una etapa más del ciclo de vida (regida por restricciones y privilegios, al igual que otras etapas de la vida), no habría por definición, un fundamento por el cual, ésta deba ser una etapa de exclusión social” (p. 15).

Entre los supuestos básicos del ciclo vital, se haya, por un lado, que a lo largo de la vida se produce un equilibrio entre las ganancias y las pérdidas que se experimentan. Es decir, en los

primeros años de vida hay un predominio de las ganancias, mientras que durante la vejez ocurre el proceso contrario, y son las pérdidas las que sobresalen. Sin embargo, Sánchez (2004) considera que, a lo largo de la vida, hay una coexistencia de estos dos elementos, reconociendo que pueden producirse ganancias, incluso en los últimos años de la vida de los sujetos.

Esto remite, por otro lado, al supuesto básico de que hay diferencias inter e intraindividuales en cuanto a la forma de envejecer, razón por la cual, en Sánchez (2004), se plantean tres formas de envejecer: “La vejez normal, que cursa sin discapacidades, la vejez patológica, asociada a enfermedades generalmente crónicas, y la vejez competente, saludable o con éxito” (p. 20). Este último tipo de envejecimiento, como lo menciona Sanchez (2004), implicaría diferentes estrategias para minimizar las amenazas de pérdidas, a través de los tres diferentes mecanismos mencionados a continuación:

1. La selección: aquí los sujetos eligen sus objetivos en función de los recursos que consideran que disponen. Es decir, eligen las actividades y esfuerzos que consideran los más adecuados para conseguir armonizar o equilibrar las exigencias ambientales y las disposiciones biológicas y motivacionales.
2. La optimización: supone minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias conseguidas, lo que requiere la aplicación de un conjunto de factores conductuales que impulsen la mejora del individuo. Así, el organismo responde a las pérdidas adquiriendo nuevos aprendizajes que le permiten seguir alcanzando metas.
3. La compensación: implica contrarrestar las pérdidas por medio de las capacidades que no han experimentado un decremento, así, como la posibilidad de reparar el declive mediante entrenamientos concretos (pp. 20-21).

Por lo tanto, desde esta perspectiva, “el ser humano es concebido como un organismo activo y con capacidad de plasticidad suficiente para adaptarse y para compensar, en cierta medida, las pérdidas que experimenta” (Sanchez, 2004, p. 21).

Otra forma de ver la vejez como fenómeno social, es a partir del enfoque de la llamada *subcultura de la vejez* propuesta por Rose en 1960, la cual expone que “las sociedades estarían forzando a las personas que sobrepasan una determinada edad a constituir una minoría”. De esta manera, no sería difícil confundir en este contexto, el termino subcultura con marginalidad, encasillando a priori a los ancianos como un grupo marcado por la falta de movilidad (física y

social), “ausencia de competitividad, pobreza, segregación y aislamiento social” (Aranibar, 2001, p. 15).

Este enfoque tiene un fuerte componente social, pues, desde allí, se crea un estereotipo del anciano que incide significativamente en una imagen negativa que éste crea de sí mismo, lo que le genera sentimientos de incapacidad, minusvalía, entre otros.

En la misma vía del este enfoque anterior, *la teoría del labeling* propuesta por Howard Becker en 1960, sostiene que “los ancianos responden más a una identidad impuesta por la sociedad que a un proceso de auto identificación”, así, la persona etiquetada de senil o vieja direccionará su conducta al significado social de la etiqueta impuesta, la cual, es equiparada regularmente con decrepitud, dependencia, enfermedad, por tanto, el individuo terminará asumiendo estas características como propias (Aranibar, 2001, p. 15).

Del mismo modo, otra teoría psicosocial importante acerca del envejecimiento es la *Teoría de la actividad* de Havighurst de 1961, la cual surge a raíz del estudio realizado en Kansas City el cual concluyó, que las personas que vivían más años libres de discapacidad coincidían con las personas que realizaban alguna actividad, bien fuese previa y mantenida a lo largo de a vida o, una actividad reciente que les fuera significativa, así, las personas más activas, según el estudio, se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas, ya que poseen el sentimiento de ser útiles a los demás (Sánchez, 2004).

Esta teoría considera que las personas mayores han perdido no solo en la sociedad, sino en la familia la función que anteriormente tenían, ya que si bien, la experiencia acumulada por el adulto mayor era apreciada y valorada, a medida que avanza la sociedad se minusvaloran dichas experiencias. En este sentido, la teoría de Havighurst plantea, que el envejecimiento óptimo dependerá entonces del esfuerzo que cada persona haga por mantener una vida activa y, que, si bien es cierto que actividades como el trabajo de toda la vida pueden ser dejados atrás, es necesario entonces conseguir un sustituto de dicho trabajo, lo cual, va a depender del esfuerzo por parte de las personas en mantener un estilo de vida activo. Por lo tanto, esta teoría enfatiza la importancia de llevar a cabo actividades y labores prácticas con el adulto mayor, ya que esto posibilita no solo el sentido de utilidad, el papel y lo que significa ser anciano con sus posibilidades, sino que fomenta las relaciones sociales, la salud física y mental y por ende una mejor y adecuada calidad de vida, ya que se llegaría a una vejez percibida de manera más satisfactoria (Sánchez, 2004).

En esta misma línea encontramos *la Teoría de la continuidad* Robert Atchley (1971,1972), el cual considera que la vejez es una continuación de las etapas vitales previas, por lo tanto, “el comportamiento de una persona en la vejez estaría condicionado por las habilidades desarrolladas”. En este sentido, si bien un adulto mayor se puede encontrar con situaciones sociales diferentes a las que ya experimentó, su capacidad de respuesta, su adaptación a procesos nuevos, así como el estilo de vida en la etapa de envejecimiento, están determinados, entre otros factores, por los hábitos, estilos de vida y la manera de ser y comportarse que ha seguido a lo largo de su vida en el pasado (Merchán, s. f., p. 7).

La teoría de la continuidad teniendo como base la teoría de la actividad, percibe al individuo en permanente desarrollo. De este modo, la llegada de la vejez no significa o implica de por sí, la estaticización o cese del desarrollo humano y social, ya que la capacidad para crear y sobreponerse a experiencias adversas, provenientes de los diversos ámbitos que le rodean tanto a nivel social, físico, psicológico, entre otros, también se mantiene en esta etapa. Para Atchley (1971,1972) citado en Merchán (s. f), la satisfacción durante la vejez se relaciona entonces con el mantenimiento de la actividad y, por lo tanto, considera que las estructuras de ideas y funcionamiento de las personas suelen mantenerse estables a lo largo de la vida, lo cual, facilita al adulto mayor la orientación en las diversas y fluctuantes situaciones de la vida.

Por otro lado, en oposición a la teoría de la actividad, surge *La Teoría de la desvinculación o “teoría del retraimiento”*, que fue inicialmente postulado por E. Cumming y W.E Henry en 1961 y posteriormente por Schaie y Neugarten. Ésta, es una teoría psicosocial del envejecimiento que afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, y aborda los procesos internos que experimenta una persona en su proceso de declive de la vida. E. Cummings y W.E. Henry en el año 1961, publican el resultado de una investigación llevada a cabo por un equipo de investigadores pertenecientes al Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago, en el que se observó cómo los individuos estudiados en edad madura con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando los contactos sociales. Es decir que dicho estudio, dio paso a la formulación de la teoría de la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, como proceso ineludible del envejecimiento, el cual va acompañado de una disminución paulatina del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas (Merchán, s. f., p. 2).

En este proceso, se va produciendo una dinámica de desarraigo generada por la ruptura, alejamiento o disolución del anciano con su red social de pertenencia, separándose de este grupo sin adscribirse a ningún otro. Posteriormente, este alejamiento o disolución van conduciendo a comportamientos y reacciones que impulsan al adulto mayor a la búsqueda del retiro social, como un lugar adecuado, deseado y óptimo para conseguir la satisfacción personal en su vejez. Se puede decir que se produce entonces un alejamiento de interacciones sociales, un desinterés por la vida de los demás, reducción de compromisos sociales, interés principal centrado en sí mismo, en su mundo interior y circunstancias personales. Al mismo tiempo que el anciano se va desligando de la sociedad se favorece entonces el alejamiento de la sociedad con él, lo que facilita la exclusión social hacia el adulto mayor que se evidencia en situaciones como: cese de actividades laborales, pérdida del rol social o familiar (Merchán, s. f., p. 2).

Según esta teoría, el distanciamiento que se produce entre el individuo y la sociedad es beneficioso para ambos, ya que, por un lado, la persona anciana no se verá sometida a situaciones de difícil solución que, al no encontrar respuesta le provocarían sentimientos de incapacidad o de angustia, y de esta forma se libera de cumplir con los compromisos y obligaciones sociales que se requieren en una vida activa. Por otro lado, la sociedad también obtiene beneficios, porque a raíz de esta actitud de distanciamiento o retirada de las personas que van envejeciendo, se facilita la entrada en la vida social y económica de las generaciones más jóvenes (Merchán, s. f.).

De este modo, el aislamiento, alejamiento y desarraigo son immanentes a todos los individuos y no están condicionado por variables sociales, por lo cual, la desvinculación del individuo y la sociedad y su tendencia al aislamiento es un proceso normal del envejecimiento. Por lo tanto, según este modelo, la actitud que deben aconsejar los familiares y los profesionales para favorecer un buen envejecimiento es promover la retirada progresiva de las actividades sociales que el individuo venía realizando. En este sentido, la teoría de la desvinculación se encuentra justificada por quienes conceptúan la vejez como un proceso de declinación o transformación fisiológica o biológica, marcada por la pérdida de las funciones sensoriomotoras como consecuencia del deterioro progresivo de los distintos sistemas del cuerpo humano (Merchán, s. f.).

Por lo anterior, las críticas a la teoría expuesta por Cumming y Henry no se hicieron esperar, ya que, Havighurst (1968), utilizando el mismo método redefinió la teoría de la desvinculación, como una posibilidad para envejecer entre muchas otras y planteó que existen aspectos de

personalidad diferenciadores entre los sujetos que condicionan y determinan diferentes maneras de afrontar el proceso de envejecimiento, como: la salud física y mental, la integración a la comunidad y la familia, la cantidad de energía y la manera de emplearla, y, que si bien muchas veces la vejez implica una disminución de la actividad o un alejamiento de las actividades rutinarias, no significa la imposibilidad, ya que por el contrario, es una etapa de aprendizaje y creación, siendo la desvinculación solo una opción entre muchas otras (Merchán, s. f.).

Como se ha observado a lo largo de este recorrido en el análisis de las aproximaciones teóricas que se han dirigido al fenómeno de la vejez, se puede ver cómo éstas, han buscado un acercamiento hacia la comprensión tanto, de la situación social de los adultos mayores, como de sus conductas de adaptación o inadaptación ante los cambios sociales, y, como dicha adaptación, la cual, tiene elementos sociales e individuales en constante interacción, impactan la calidad de vida del adulto mayor, ya sea positiva o negativamente.

Por lo tanto, para finalizar, es importante señalar que si bien la vejez viene acompañada de muchos cambios a nivel físico, mental, emocional, social, entre otros; de un funcionamiento corporal que generalmente está en declive, de una mirada social un poco agresiva, discriminatoria y excluyente frente a la vejez, el envejecimiento y el adulto mayor, es evidente que también puede ser considerada como una etapa de creación, de oportunidades, de adaptación, de reinención, de nuevos aprendizajes y, que no implica el cese o la imposibilidad para la realización de una vida plena en la persona que envejece, tal vez a un ritmo de vida diferente pero con infinitud de posibilidades que van a depender y a requerir mayor esfuerzo por parte del adulto mayor, ya que, debe luchar no solo con el significado y percepción que la sociedad tiene de del adulto mayor o viejo y que él mismo alimenta, sino del significado y sentido que él mismo le ha dado a su vida como persona que envejece pero no que muere y, que por otro lado, tiene el derecho de hacer de su proceso de envejecimiento y un proceso personal, en el cual sea capaz de rescatar sus habilidades, sus cualidades, sus aspectos positivos, de convivir con los aspectos negativos y que si bien, pueden haber cosas de las cuales no se siente orgullo, hay otras de las cuales sí, lo que le ha posibilitado llegar a la edad en la que se encuentra.

Es importante para cerrar, tener en cuenta que, en ocasiones, las actitudes de desapego, minusvalía, imposibilidad, desespero, desilusión entre otras, que experimentan los viejos son más la reacción de los éstos a los mensajes antagonistas que se emiten sobre ellos, que una forma de comportamiento propio de la edad (Merchán, s. f.).

4.3.2. Resiliencia:

El término “resiliencia” es un término joven en la psicología. Este término proveniente de la física se ha venido incorporando en la literatura especializada de la salud mental como una hipótesis explicativa de la conducta saludable en las personas que se encuentran o han pasado por condiciones de adversidad o alto riesgo y en términos generales. Se define como la capacidad de los individuos de desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de cara a situaciones individuales, sociales y simbólico-culturales estresantes y adversas (entre ellas se podría situar el envejecimiento, debido a los cambios a nivel psicológico, biológico, social, entre otros, que esta etapa trae consigo) (Cárdenas & López, 2011, citados en Saavedra & Villalta, 2008).

De este modo, la “resiliencia” se asocia y relaciona con otros términos como: factores protectores, factores de riesgo y vulnerabilidad, los cuales abarcan y describen no solo elementos personales y predisponentes del sujeto sino también elementos del entorno que influyen y afectan en el comportamiento saludable de la persona (Saavedra & Villalta, 2008).

La resiliencia, por tanto, constituye una combinación entre procesos sociales y ambientales e intrapsíquicos. A lo largo de la vida, estos procesos se combinan interactuando entre atributos del individuo y del contexto social y cultural. Por ello, no puede pensarse la resiliencia como algo innato ni como una capacidad o atributo que se desarrolla en el tiempo con el ambiente, sino, como una interacción de estas variables (Rutter, 1992 citado en Kotlarienco y Cáceres, 2011, citado en Buran, 2017). Entre los factores externos relacionados con la resiliencia podemos tener en cuenta: presencia de redes de apoyo, la valoración que las personas reciban del medio y las oportunidades para la participación, la contribución y el uso constructivo del tiempo (Kukic, 2002 citado en Jiménez, 2004).

En cuanto a los elementos personales, diversos estudios coinciden en señalar que la resiliencia resulta de factores protectores como: autoestima consistente, introspección, independencia, capacidad para relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y pensamiento crítico (Kotliarenco, 1997 citado en Saavedra & Villalta, 2008, citado en Burán 2017). En tal sentido, las diversas teorías y autores señalan que la resiliencia es un rasgo personal cultivado a lo largo de la historia del sujeto, y que posiblemente, se ha constituido como vínculo temprano, siendo condición para el desarrollo de una particular apropiación de los sucesos de la vida. Es decir, aquello que el sujeto tiene como rasgo distintivo ha sido aprendido en relación con otros. Siendo

esto así, la resiliencia se hace un aspecto susceptible de ser aprendido y por tanto se puede potenciar o cambiar, ya que está en constante proceso de interpretación (Saavedra & Villalta, 2008, citado en Burán, 2017).

Por lo anterior, se evidencia que, las personas actúan de formas diversas frente a estímulos iguales o parecidos, “entre los que se incluyen aquellos que poseen una connotación negativa de tipo adverso. La variabilidad de respuesta que podemos encontrar ante las situaciones de estrés resulta tan variada que muchas veces pueden ser opuestas entre sí” (Saavedra y Villalta, 2008 citado en Varas y Saavedra, 2014 citado en Burán, 2017, p. 9) A partir de esto, es que Varas y Saavedra (2011) citados en Burán (2017) clasifican las reacciones ante situaciones doloras o adversas de la siguiente manera:

- Personas que reaccionan con vulnerabilidad ante estímulos adversos o de dolor.
- Personas que responden indiferentes o sin manifestaciones de respuesta ante la adversidad.
- Personas resilientes, resistentes ante la adversidad, que pese tener un contexto negativo logran sobreponerse y salir fortalecidos de la situación (p. 9).

En esta misma vía, para Melillo (2000), ser resiliente, viene unido a una serie de rasgos personales que caracterizan a la persona y la hacen ser de esa manera particular, como: “adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas y habilidades cognitivas, todas, desplegadas frente a las situaciones vitales adversas, estresantes, etc., que les permita atravesarlas y superarlas” (Melillo, 2000, citado en Varas & Saavedra, 2014, citado en Burán 2017, p. 9).

En este sentido, las características personales, se pueden constituir en factores protectores internos que se establecen como los pilares de la resiliencia y, que se han identificado como una serie de atributos personales. Dichos atributos, se agrupan en cuatro componentes que según Suárez (1997) son:

a) Competencia social: Aquí se encuentran rasgos y características como:

- Mayor respuesta al contacto y mayor generación de respuestas positivas en los otros.
- Capacidad para comunicarse y demostrar afecto o empatía.
- Sentido del humor.
- La moralidad, entendida como conciencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad.

- Saber medir el temperamento propio y el de los otros (Grotberg, 1999; Suárez, 1997; Wolin y Wolin, 1993 citado en Jiménez & Arguedas, 2004, p. 4).

b) Resolución de problemas incluye:

- La utilización de destrezas para planificar y para producir cambios en situaciones frustrantes
- Iniciativa
- Sentimiento de autosuficiencia
- Autoeficacia y autodisciplina
- Creatividad o capacidad para crear orden a partir del caos y el desorden (Suárez, 1997; Kotliarenko, 1995; Wolin y Wolin, 1993, Citados en Jiménez & Arguedas, 2004, p. 4).

c) Autonomía:

Tiene como principal factor el sentido de la propia identidad, es decir, la habilidad para actuar independientemente. El locus de control interno y el sentido de poder personal son parte de este tercer componente, así como la capacidad para manejar sentimientos e impulsos propios (Grotberg, 1999; Suárez, 1997). La capacidad para distanciarse de ambientes disfuncionales (distanciamiento adaptativo) y para saber pedir ayuda, para utilizar los recursos de apoyo se ubican aquí, así como la iniciativa o disposición a exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes (Wolin y Wolin, 1993. Citados en Jiménez & Arguedas, 2004, pp. 4-5).

d) Sentido de vida:

Está constituido por ocho rasgos (intereses especiales, metas, motivación para el logro, aspiraciones educativas, optimismo, persistencia, fe y espiritualidad y sentido de propósito) que se relacionan con la intencionalidad que siguen las personas para alcanzar sus objetivos, la forma como se motivan y como evitan sentimientos de desesperanza (Kukic, 2002, citado en Jiménez & Arguedas, 2004, p. 5).

Más allá de lo descrito anteriormente, existe la perspectiva de las neurociencias frente a la resiliencia. Las neurociencias y la psiconeuroinmunoendocrinología (PINE) explican diversos fenómenos psicológicos, incluyendo la resiliencia (Uriarte, 2014 citado en Burán 2017, p. 10). Desde estas perspectivas, la resiliencia puede ser explicada a partir de dos fenómenos: la neuro plasticidad y el sistema inmunológico, de esta forma, “la resiliencia ha sido identificada con una

característica típica del desarrollo humano como es la plasticidad” (Uriarte, 2014 citado en Burán 2017, p. 10).

La plasticidad neuronal, según las neurociencias, es un fenómeno que posibilita la adaptación del sistema nervioso a las diferentes alteraciones fisiológicas y estructurales, cualquiera que sea su origen, interno o externo. La neuro plasticidad corresponde a la generación de neuronas nuevas como resultado de la actividad mental, “dando fundamento a la implementación de programas destinados a la estimulación y aprendizaje de la memoria, inteligencia y otras características durante la vejez” (Navarro y Calero, 2006, citado en Burán, 2017, p.10). Por lo tanto, si la plasticidad cerebral permite el desarrollo de neuronas para enfrentar las exigencias de adaptación a las circunstancias del medio, la resiliencia en cualquier etapa de la vida, incluida la vejez, sería la expresión positiva y psicológica de la neuro plasticidad (Uriarte, 2014, citado en Burán, 2017).

Por otro lado, una definición importante acerca de resiliencia es la planteada por Kotliarenco y Cáceres (2011) citados en Burán (2017), para los cuales, la resiliencia:

Es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas. Se manifiesta en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino interactuando con los estímulos ambientales (p. 11).

Así mismo, cabe resaltar los estudios realizados por Connor y Davidson acerca de la resiliencia, para ellos, dicho término se relaciona con la obtención de resultados positivos a pesar de que haya serias amenazas en determinado momento a la adaptación y el desarrollo. Así mismo, hace referencia a la capacidad que puede tener un sujeto para mantener, recuperar o mejora la salud mental, lo cual, es un constante reto (Masten, 2001; Richman, Kubzansky, Maselko, Kawachi, Choo y Baver, 2005 citados en Urrea, 2015). Las personas resilientes son capaces de adaptarse a los cambios, además, suelen utilizar los aciertos de experiencias o situaciones pasadas para hacerle frente a retos actuales (Rutter, 1985 citado en Urrea, 2015), por ello, algunas de las cualidades asociadas a las personas resilientes son la paciencia, la tolerancia, el optimismo (Connor, 2006), y la fe (Connor y Davidson, 2003 citados en Urrea, 2015).

Connor y Davidson (2003), sugieren que la resiliencia es una característica multidimensional integrada por una serie de particularidades personales que conceden al individuo la posibilidad de surgir aun en frente de situaciones adversas (citados en Crespo, Fernández, & Soberón, 2014). El

termino resiliencia fue de gran relevancia para Connor y Davidson, razón por la cual, construyeron una escala de medición denominada “Escala de resiliencia de Connor-Davidson” (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC). Para la construcción de dicha escala, los autores en mención, se apoyaron en el modelo de resiliencia de Richardson (2002), el cual plantea, que la habilidad de una persona para afrontar situaciones adversas estará influenciada por la forma en que se ha desenvuelto y adaptado a otras situaciones vitales previas, de este modo, ante una nueva dificultad la persona tendrá la posibilidad de responder de una mejor manera, alcanzando así, un mayor nivel de equilibrio biopsicoespiritual u homeostasis del que poseía inicialmente (citado en Crespo, Fernández, & Soberón, 2014).

Desde la perspectiva de Connor y Davidson (2003), la resiliencia puede concebirse como:

Una medida de la habilidad para afrontar el estrés que resulta de la suma de diferentes características personales individuales que la literatura ha mostrado estar vinculadas a una adaptación exitosa. Para definir estas características, los autores se basaron en: (a) los trabajos de Kobasa (1979) sobre la personalidad resistente (hardiness); (b) las características de resiliencia propuestas por Rutter (1985); (c) el trabajo de Lyons (1991) acerca de la evaluación de la paciencia y la tolerancia al estrés y/o al dolor; y (d) la apreciación de los factores espirituales relevantes para la supervivencia de los tripulantes de la expedición de Sir Edward Shackleton en la Antártida (Crespo, Fernández, & Soberón, 2014, p. 221).

Los autores de la CD-RISC realizaron un análisis factorial exploratorio en el cual establecen que dicha escala es multidimensional estructurada por cinco factores como lo son:

- (1) Competencia personal, auto exigencia y tenacidad;
- (2) Confianza en la propia intuición y tolerancia a la adversidad;
- (3) Aceptación positiva del cambio y establecimiento de relaciones seguras;
- (4) Control y;
- (5) Influencias espirituales (Crespo, Fernández, & Soberón, 2014, p. 221).

Además, en sus posteriores estudios Connor, Davidson y Lee (2003), observaron que las víctimas de traumas violentos con alta resiliencia mostraban una mejor salud física y mental, y

una menor gravedad de los síntomas postraumáticos que los que tenían bajos niveles, por lo que sugirieron, que la resiliencia es cuantificable y que además está influenciada por el estado de salud. Adicional a esto, sugieren que la resiliencia es modificable y susceptible de mejorar con tratamiento, lo cual, es un indicio de que la visión de resiliencia de estos autores podría ser de suma utilidad tanto en la práctica clínica, como en la investigación (Urrea, 2015).

Con base en todo lo anterior, es evidente que la resiliencia generalmente se ve como un proceso más que como un rasgo de personalidad; como tal, muchos adultos mayores son capaces de mejorar su capacidad de recuperación más adelante en la vida. Las características clave de las personas altamente resilientes se han demostrado en diversos estudios, e incluyen factores mentales, sociales y físicos que conducen a resultados óptimos de una mejor calidad de vida, felicidad y bienestar, así como una reducción de la depresión. Las intervenciones diseñadas para mejorar la resiliencia entre los adultos mayores a la fecha generalmente no existen; sin embargo, hay oportunidades para beneficiarse de la adaptación de estrategias efectivas de otras intervenciones psicológicas dirigidas a esta población (MacLeod et al, 2016, p. 271).

4.3.3. Calidad de vida:

En el adulto mayor, hay múltiples factores que inciden en su calidad de vida, tanto de forma positiva, como negativa, al tener en consideración, la percepción de la calidad de vida, en función solo, del cubrimiento de necesidades básicas, sin contar con otro tipo de necesidades, ya sea recreativas, espirituales, emocionales, entre otras, se observa, que ello, puede impactar la salud tanto física como mental del adulto mayor de una forma negativa, ya que, a la hora de medir la calidad de vida, deben tenerse en cuenta también, variables sociales, familiares y personales.

En este sentido, hay cambios sociales que deben mencionarse, los cuales se dan, debido a un tambaleo de los valores vinculados a la familia y a la asignación de papeles en su interior, lo que ha implicado también, una serie de modificaciones relativas a los cuidados en la vejez. Estos cambios unidos a una mayor calidad y esperanza de vida, hace que el planteamiento del cuidado del adulto mayor sea fuente de preocupación para los servicios sociales, administrativos, familiares y del mismo individuo mayor, quien siente vulnerada su seguridad y se incrementa su preocupación por considerar que es una persona que está afectando el normal desarrollo de su

ambiente familiar y, por consiguiente, se considera un obstáculo, hecho que le genera mayor ansiedad e incluso depresión (Castellanos, 2002).

Todo esto, ha ocasionado que la responsabilidad del cuidado del adulto mayor, recaiga en instituciones sociales, encargadas de albergar, acoger y propender por el bienestar integral de dicha población, hecho que en muy pocas ocasiones se logra, puesto que estas entidades, en su mayoría, solo cubren las necesidades básicas del individuo, dejando de lado necesidades recreativas, afectivas y espirituales, las cuales son fundamentales para el proceso de desarrollo humano, en un ámbito de calidad para el adulto mayor (Castellanos, 2002).

Los centros de protección encargados de brindar un cuidado integral al adulto mayor no brindan un servicio integral y dignificante: En 1991 existían 395 instituciones de atención a personas mayores, en su mayoría privadas (296), con una cobertura de 20.000 personas (DANE, 1991, citado en Castellanos, 2002). De las cuales, no a todas se les realiza una adecuada supervisión y exigencia en el cumplimiento de las reglamentaciones básicas sanitarias, además, de que algunas de ellas, no cuentan con personal capacitado o es insuficiente en el área de geriatría, gerontología y otras áreas, reflejándose en muchas ocasiones, en la precaria atención que se presta a la población mayor, hecho, que solo se reporta a través de los medios de comunicación masiva como una violación a los derechos del adulto mayor (Castellanos, 2002, pp.15-16).

Todo esto genera una mayor vulnerabilidad en la población mayor, ya que estos centros, aunque prestan los servicios básicos en salud, ocupación y recreación; olvidan otras dimensiones del sujeto como, los procesos afectivos, que si bien, algunos de los adultos mayores los reciben por parte de su núcleo familiar, la mayoría, tienden a sentir falta de afecto, por parte de sus familias, lo que conlleva, a sentimientos de soledad, apatía hacia los demás, en ocasiones aislamiento y deseos de morir (Castellanos, 2002).

Los cambios familiares y sociales que propician la devaluación del adulto mayor han traído como consecuencia que éste no desempeñe un rol importante para la familia, a menos que sea poseedor de grandes capitales y el resto de la familia dependa de él, o que colabore en el cuidado de los nietos o apoyo en algunas actividades simples dentro y fuera del hogar. En general, la posición que ocupa el adulto mayor en la familia es central, mientras se mantiene la estructura nuclear. Sin embargo, al quedar viudos (as) y este, pasa a depender de sus hijos o nietos, lo lleva a ocupar una posición marginal, donde cambia notablemente su sentido de vida, sus posibilidades

de desarrollo, de libertad y, por ende, se afecta significativamente su calidad de vida (Castellanos, 2002).

Con respecto a la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados, Castellanos (2002), plantea seis elementos o categorías que la componen:

1. Espiritualidad: comprende aspectos como liberación, esperanza, credo religioso y muerte.
2. Afectividad: engloba la autovaloración y relación con los padres, pareja, hijos, compañeros y cuidadores
3. Salud: incluye aspectos como enfermedad, ausencia de dolor, capacidad funcional, bienestar, libertad
4. Ambiente institucional: abarca el espacio físico, las habilidades sociales y la seguridad.
5. Economía: se relaciona con la satisfacción de necesidades básicas, roles laborales, seguridad social, manejo actual del dinero.
6. Recreación y ocupación del tiempo libre: incluye el descanso, los deportes, la lúdica y roles ocupacionales (p. 94).

En la categoría de *espiritualidad* hay tendencias significativas, que permitieron dar cuenta del papel que desempeña este componente en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, como la paz, calma, esperanza, confianza, tranquilidad y la liberación, términos que fueron asumidos como sinónimos de espiritualidad para la población en mención (Castellanos, 2002, p. 95). En la vejez, el adulto mayor dirige su interés más hacia procesos de autorreflexión y hacia la búsqueda y comprensión de sí mismo, de esta forma, la espiritualidad, le posibilita un sentido de vida en un momento fundamental de su etapa vital, en la cual, siente que carece de un proyecto de vida, de una fuerza que le ayude a direccionar su presente y lo conduce a pensar que su vida ya no tiene valor. Por ello, es que la religión se constituye en una de las principales vías para recuperar ese sentido de vida perdido. La espiritualidad, además, simboliza para el adulto mayor la posibilidad de liberación del sufrimiento que conlleva la carga de sus remordimientos y en el arrepentimiento con respecto a las acciones que pudo llevar a cabo en su pasado (Castellanos, 2002).

Con respecto, a la categoría de *afectividad*, se halla que la autovaloración que posee el adulto mayor de sí, se puede identificar en ciertas afirmaciones como “yo ya no voy a aprender cosas, si loro viejo no aprende a hablar”, “ya no valgo nada, ya no soy persona”, “soy una inútil, un mueble más”, “solo soy un estorbo para mi hijo y mi nuera”, “hoy me gustaría vivir con mis

hijos pero ellos son muy pobres y no me pueden tener”, “mi hija viene cada ocho días y está muy pendiente de mí”, “yo estoy tan desbaratada que no hay quien me cuide en mi casa”. Además, el adulto mayor institucionalizado suele referir “las auxiliares de enfermería nos brindan cariño”, “falta comprensión y afecto por parte de algunas de las personas que nos cuidan”, “hoy mi familia son mis compañeros y los que me hacen las terapias” (Castellanos, 2002, pp. 97-99). En este sentido, según Castellanos (2002), el adulto mayor, que vive en un ambiente institucional:

Tiende a presentar una autovaloración baja, debido a que se autocritica de manera muy severa, por los errores cometidos en su pasado y en su presente, por no ser autónomo en la toma de decisiones actuales y a futuro. Además, de considerar que esos errores, no lo hacen merecedor del amor hacia sí mismo ni de los demás hacia él. Marcado aún más, por la herencia histórico cultural que ha recibido, lo cual, se manifiesta en su auto concepto y en la tendencia que tiene el ser humano a pensar que el manantial, de donde proviene su felicidad, está en el otro y no en sí mismo. Al sentir que no merece ser amado por el otro, entonces, tampoco, tiene derecho a sentir amor por sí mismo, sino por el contrario, desamor hacia sí mismo, reforzando cada vez más su auto concepto negativo (p. 109).

Se puede observar como el concepto de calidad de vida del adulto mayor está en su mayoría representado por los vínculos afectivos que provienen de otras personas y, no necesariamente se limita a los miembros de la familia biológica, lo cual, la hace una categoría movilizadora por elementos afectivos externos a él. Por tanto, el adulto mayor percibe bienestar desde las expresiones afectivas, de compañía, apoyo y seguridad (Castellanos, 2002).

Por otra parte, la categoría de la *salud* evidenció, que esta, es una de las mayores preocupaciones para el adulto mayor, y, por ende, es uno de los elementos más significativos a la hora de valorar su calidad de vida. En este sentido, se ha relacionado la ausencia de dolor con la salud, lo cual, se ha sustentado en afirmaciones como “es no sentir ningún dolor en el cuerpo”. Además, relaciona la salud con la capacidad funcional manifestada en afirmaciones como, “la salud es una bendición de Dios porque yo puedo hacer las cosas sin la ayuda de otros” (Castellanos, 2002, p. 99). La salud entonces es un aspecto preponderante de la calidad de vida del adulto mayor como menciona Castellanos (2002), ya que le permite:

Acercarse a espacios de participación donde no implique la dependencia o asistencia de un cuidador que le limite sus intereses particulares por no poderlos llevar a cabo, por sí mismo. De allí, que la salud se manifiesta en el sentido, en que el adulto mayor pueda

acceder a esos mismos espacios, de manera autónoma e independiente, donde pueda desempeñar los diversos roles que desee, en un contexto y en un momento dado...la salud, proporciona al adulto mayor oportunidades para actuar y provocar cambios de acuerdo con los objetivos, valores y proyectos de vida tanto individuales como institucionales. Se evalúa, desde las libertades que disfrutan y la iniciativa que poseen para ayudarse a sí mismos e influir en el mundo. El siente que ya no tiene libertad, pues debido a su estilo de vida previo, no pensó ni se preparó para la vejez y, dadas sus condiciones económicas precarias, la falta de apoyo familiar, la vulnerabilidad de su salud ha hecho que escoja o que otros hayan decidido su institucionalización (p. 113).

La cuarta categoría según Castellanos (2002) corresponde al *ambiente institucional*, como componente significativo concepto de calidad de vida del adulto mayor, se refiere al espacio en que habita. En este sentido, dicho espacio es considerado como dador de seguridad y protección, razón por la cual, se ha constituido en su hogar, puesto que allí, se satisfacen sus necesidades de abrigo, de alimentación, vestido y salud; aspectos de suma importancia a lo largo de las diferentes etapas de la vida, en especial, en la etapa por la cual atraviesa, ya que, se siente frágil y sin posibilidades económicas por considerarse improductivo, y personales por falta de autonomía para decidir sobre diversas opciones de vida, especialmente cuando tiene la institucionalización como única elección (pp. 115-116).

La *economía* como categoría, se constituye para el adulto mayor en otro aspecto fundamental para tener una buena calidad de vida, en tanto está relacionada con la satisfacción de necesidades básicas, lo cual se sustenta en afirmaciones como, “el dinero es importante después de Dios”, “el dinero compra todo lo que uno quiera”, “la plata sirve para comprar cosas como la comida, la salud y el amor” (Castellanos, 2002, p. 101). Así mismo, se relaciona la economía con la seguridad social, lo cual se apoya en testimonios como “cuando uno está viejo ya no le dan trabajo y se queda en la calle” (Castellanos, 2002, p. 102).

En la vejez se “reconoce la importancia del dinero, no sólo para satisfacer sus necesidades básicas, sino que también lo consideran, como un medio para alcanzar lo que se desee, incluso a nivel afectivo, viendo en esta categoría, una vía para alcanzar su libertad” (Castellanos, 2002, p. 119). En este sentido, lo común del adulto mayor institucionalizado, es que no posee fuentes de ingresos y depende totalmente de este organismo o institución. En algunos casos, familiares, parientes, amigos o conocidos, les proporcionan cantidades mínimas de dinero para satisfacer

algunas necesidades básicas o gustos adicionales. Tal condición, incide negativamente en la concepción de calidad de vida del adulto mayor, ya que, esto le produce una baja autoestima, por tanto, se siente como no merecedor de nada en la vida, lo que trae consigo situaciones de ansiedad, depresión e incluso apatía frente a sí mismo y su entorno (Castellanos, 2002, p. 119).

La sexta categoría o componente del concepto de calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado, corresponde a *recreación y ocupación del tiempo libre*, aspectos, que proporcionan un mayor bienestar tanto físico como emocional al adulto mayor. Lo que significa que, por un lado, le posibilita un mejor acondicionamiento físico para realizar actividades cotidianas de manera autónoma, y en caso de requerir ayuda, evitar que se acelere el deterioro físico (Castellanos, 2002). Por otra parte, “contribuye a que el adulto mayor se sienta relajado, alegre, olvide transitoriamente sus problemas y se perciba a sí mismo como una persona más tranquila y menos estresada” (Castellanos, 2002, p. 121).

Además, las actividades lúdicas recreativas, propician en el adulto mayor la socialización e interacción, tanto con sus pares, como con sus cuidadores, llevándolos a incrementar y enriquecer sus relaciones, incluso, incentivan el desarrollo de intereses y expectativas de aspectos que anteriormente no tuvieron la oportunidad de saber o aprender. Así mismo, dichas actividades lúdicas, potencian las habilidades, actitudes, conocimientos y estilo de vida previo, como, por ejemplo, las ocupacionales de juventud. Por ello, la recreación y ocupación del tiempo libre constituyen insumos importantes en la construcción positiva del concepto de calidad de vida en el adulto mayor, debido a que le “ayudan a significarse y dar sentido a su vida” (Castellanos, 2002, p. 121). Esto, trae como consecuencia una mejor autovaloración, el establecimiento de interacciones más significativas con sus pares y cuidadores en general, lo que facilita una mejor convivencia al interior de su ambiente institucional (Castellanos, 2002).

Por todo lo anterior, se puede decir, en palabras de Castellanos (2002) que:

La calidad de vida es concebida por el adulto mayor como un estado de bienestar que lo acoge, que lo hace sentir importante, lo reconoce y lo invita a vivir estados de tranquilidad. Las dimensiones humanas e institucionales que propician estos estados deben estar concebidas bajo los presupuestos de la espiritualidad, la afectividad, la acogida institucional, el bienestar económico y la potenciación de la esfera lúdica. Y con base, en este análisis interpretativo del objeto de estudio se puede inferir que, para el

adulto mayor existen dos grandes dimensiones fundantes para comprender el concepto que éste posee acerca de su calidad de vida (p. 123).

La primera dimensión, hace mención del componente subjetivo del adulto mayor. En donde, este manifiesta “necesidades de autoconocimiento, de reconciliación consigo mismo, movilizadas por fuerzas divinas a quienes entregan su carga histórica y depositan su sentido de vida” (Castellanos, 2002, pp. 123-124). De igual manera, en el adulto mayor se percibe un sujeto que necesita movilizar sus sentimientos, expresiones afectivas y, deseos de satisfacer las necesidades básicas de seguridad, compañía, apoyo y bienestar, buscando establecer vínculos de índole afectivo con personas significativas como, sus compañeros, cuidadores y parientes (Castellanos, 2002).

La segunda dimensión, está en relación con la configuración institucional, representada tanto, por los espacios físicos que habita el adulto mayor, como, por los “reglamentos, derechos, deberes y normativas curriculares” que hacen, que en la institución converjan ciertas dinámicas relacionales entre los diferentes actores que allí interactúan constantemente. Teniendo en cuenta que, dichas dinámicas están direccionadas por sus historias, sentidos de vida, bienestar y la calidad de vida que en dicho escenario se les propicie (Castellanos, 2002, p. 125). Las dimensiones mencionadas anteriormente son constructos tanto, subjetivos como objetivos y son interdependientes entre sí. Por tanto, sobre dichas dimensiones se concibe la calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado, y debido a que “son entidades complementarias necesitan de una constante interacción para constituir un escenario de bienestar en el adulto mayor” (Castellanos, 2002, p. 125).

Por lo anterior es evidente que el concepto de calidad de vida ha sido un foco de interés por parte de diferentes estudios e investigaciones, y ha venido siendo incorporado cada vez más, en evaluaciones acerca de la salud y como medida de bienestar.

Por tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del grupo WHOQOL hace su propio acercamiento y definición sobre el concepto de calidad de vida y plantea que la calidad de vida aunque se relaciona con factores objetivos es subjetiva, en la medida en que, en ella se distinguen, por un lado, la percepción de aspectos objetivos como los recursos materiales y económicos y, por otro lado, condiciones subjetivas como la satisfacción que la persona expresa o siente tener con esos recursos (The WHOQOL Group, 1995, citado en Urzua & Caqueo, 2012).

Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (The WHOQOL Group, 1995, citado en Urzua & Caqueo, 2012, p. 65). Además, aclara que se trata de un concepto que está atravesado e influido no sólo por la salud física de la persona, sino también por su estado psicológico, salud mental, su nivel de autonomía e independencia, al mismo tiempo, que, por sus creencias personales, sus relaciones sociales y con el entorno en que se encuentra (The WHOQOL Group, 1995, citado en Urzua & Caqueo, 2012).

Al ser la calidad de vida un concepto multidimensional que incluye diferentes aspectos del ser humano, la OMS, plantea diferentes dimensiones a tener en cuenta a la hora de hablar sobre calidad de vida. Aunque se busca con el concepto de calidad de vida tener un acercamiento a la percepción individual de cada individuo y esto incluye infinidad de aspectos, razón por la cual, se han planteado dimensiones que, a su vez, están subdivididas en diferentes subdimensiones o subdominios:

- Dominio salud física: este dominio incluye la percepción de la persona no solo con respecto a su estado de salud física, sino, que incluye subdominios como: dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso.
- Dominio psicológico: este incluye subdominios como la percepción de sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal y sentimientos negativos.
- Dominio grado de independencia: en este se incluyen subdominios como la movilidad, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, el nivel de dependencia o independencia con respecto de medicaciones o tratamientos y la capacidad de trabajo.
- Dominio relaciones sociales: aquí se incluyen subdominios como las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual.
- Dominio entorno: aquí se evalúan subdominios como la seguridad física, el entorno doméstico, los recursos financieros, la atención sanitaria y social, es decir, la disponibilidad y calidad de esta, las oportunidades para adquirir información y aptitudes

nuevas, actividades recreativas y el grado de participación y oportunidades en las mismas, entorno físico (contaminación, ruido, térmico, clima), transporte.

- Dominio espiritual: aquí se incluyen subdominios como la espiritualidad, la religión y las creencias personales (Foro mundial de la Salud, 1996).

4.4. Marco Institucional: Fundación Huellas del Ayer

La Fundación Huellas del Ayer se caracteriza por ser una institución que promueve el crecimiento espiritual, el desarrollo personal, social, educativo y de bienestar, de la comunidad de adultos mayores, a través del liderazgo y trabajo, que contribuya al desarrollo de su entorno familiar y social, mediante planes, programas, proyectos, convenios, acciones, capacitaciones y alianzas de beneficio público que promuevan el desarrollo humano y la calidad de vida de sus conciudadanos, en especial de los adultos mayores, para lo que garantiza actuar en armonía, con el medio ambiente y en defensa de los recursos naturales y siempre en el marco de la defensa de los valores democráticos, participativos, contribuyendo a la construcción ciudadana y fomentando la formación de la misma para la construcción de políticas públicas que contribuyan a un bienestar y calidad de vida (Fundación Huellas del Ayer, s. f.).

La Fundación Huellas del Ayer fue constituida en el año 2011, en sus inicios tenía como finalidad ofrecer servicios de asesoramiento y formación específicos en diversos temas como: implementación de sistema de gestión de calidad, clima organizacional, seminarios de manejo del paciente, promover profesionales para el abordaje interdisciplinarios de estudiantes con necesidades educativas especiales de las instituciones (Fundación Huellas del Ayer, s. f.).

La Fundación viene ofreciendo asesoramiento gratuito en la resolución de consultas en las siguientes áreas: contable, fiscal, administrativa, civil, mercantil y laboral. También organiza cursos de formación para el cuidado del adulto mayor, ofreciendo personal calificado para el cuidado de este, organizando charlas y seminarios frente a la importancia de promover espacios que contribuyan a una calidad de vida de este. Además, La Fundación celebra contratos de prestación de servicios profesionales con psicólogos, trabajadores sociales, y un grupo interdisciplinario para desarrollar en las instituciones educativas las actividades de promoción y prevención en adicciones (Fundación Huellas del Ayer, s. f.).

La Fundación Huellas del Ayer a través de convenios con la Alcaldía de Itagüí crea y apoya alternativas de cambios sociales en pro de comunidades que lo requieran, atendiendo así personas que lo soliciten de diferentes contextos sociales, étnicos y económicos, especialmente esta

Fundación se centra en brindar espacios al adulto mayor en situación de vulnerabilidad en función de darles una calidad de vida digna, a través de un modelo de atención integral y asistencial, lo cual está explicitado en la misión, visión y valores que rigen dicha fundación. Al respecto:

Misión:

“Ofrecer un espacio de formación integral donde los niños/as, jóvenes y adultos y el adulto mayor desarrollen su potencial a través de actividades educativas, artísticas, recreativas y de capacitación técnico-profesional” (Fundación Huellas del Ayer, s. f., p. 2).

Visión:

“Contribuir al desarrollo humano, a la generación de empleo y mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, nuestros empleados y nuestros clientes en general, a través de la educación y nuestro conocimiento” (Fundación Huellas del Ayer, s. f., p. 2).

Valores:

La Fundación promueve valores como la solidaridad, tolerancia, integridad cultura de paz y responsabilidad entre los que hacen partícipes de promover y cuidar los diversos grupos a los que la fundación presta un servicio, especialmente a la población de adulto mayor en situación de vulnerabilidad del corregimiento de Medellín (Fundación Huellas del Ayer, s. f.).

Modelo de atención

La Fundación Huellas del Ayer está enmarcada en un modelo de atención asistencial e integral en salud, el cual se basa en la promoción y prevención de la salud de manera multidimensional y corresponsable, es decir que tiene en cuenta que la salud engloba las diferentes esferas humanas; biológica, mental, espiritual, entre otras, además, no solo como responsabilidad del Estado y las instituciones, sino como una responsabilidad que también compete a las familias y al ciudadano. Este modelo de atención tiene como centro a las personas a quien se dirige, bien sea a nivel individual, familiar, y/o comunitario, es decir que tiene en cuenta a los diferentes actores sociales. Por otro lado, dicho modelo garantiza el trabajo en aras de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el tratamiento, rehabilitación y reinserción social en todas las etapas de la vida y en el contexto inmediato de la persona bien sea casa, comunidad o institución. Por último, dicho modelo se establece de manera equitativa, sin discriminación de ninguna índole y con un

enfoque diferencial en la medida en que se atienda a las necesidades de cada individuo o población de manera efectiva y completa (MINSALUD, 2016).

4.5. Marco ético legal

4.5.1. Marco Legal Internacional

A nivel internacional los primeros lineamientos legales en favor del adulto se dieron en la “Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, realizado en Viena en 1982, lo que dio paso al “Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento” de 1983. De este modo, se consolidan los primeros cuerpos legales en el derecho internacional en pro de las personas de mayor edad y, “se conciben temas de la gerontología social, en función del rol de los estados nacionales, en la promoción y protección de las personas de sesenta y más años” (Arriagada, s.f., p. 12). Es así como comienza a delimitarse un campo de acción social, mediante políticas públicas fundadas a partir de del envejecimiento demográfico y aumento de población adulta mayor (Arriagada, s. f.).

Por su parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en 1991, aprueba la Carta de los Principios a favor de las Personas Mayores. Entre los derechos que son reconocidos en dicha carta, están el derecho a la independencia, la participación, los debidos cuidados, la autorrealización y la dignidad (Arriagada, s. f.).

Para la OMS a partir de los 2002 instrumentos internacionales de política han guiado la acción, los marcos jurídicos y normativos sobre el envejecimiento. Así, la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y Envejecimiento activo, de la Organización Mundial de la Salud, son documentos se inscriben en el marco jurídico internacional conformado por las normas internacionales de derechos humanos en los cuales se celebra el aumento de la esperanza de vida y el potencial de las poblaciones de edad como recursos importantes para el desarrollo futuro. Se destacan las habilidades, la experiencia y la sabiduría de las personas mayores, así como las contribuciones que hacen. Ambos documentos enfatizan en la importancia de la salud en la vejez, tanto por el bien de la propia persona como los beneficios de propiciar la participación de las personas mayores. Se resalta que, *en las políticas de salud*, el reto de la transición demográfica no tiene la suficiente importancia, puesto que se registran bajas tasas de formación en geriatría y gerontología en las profesiones de la salud, a pesar del creciente número de la población mayor, igualmente no hay objetivos claros que prioricen la acción gubernamental sobre la vejez y el envejecimiento (OMS, 2015, p. 4).

Los derechos humanos son las libertades y derechos universales de individuos y grupos, que comprenden derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, derechos sociales, económicos y culturales, el derecho a la salud, la seguridad social y a la vivienda. Todos los derechos son interdependientes e inalienables. Por ello, “el artículo 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prohíbe la discriminación fundada en la condición de una persona, y esta prohibición abarca la edad” (OMS, 2015, p. 5).

La OMS (2015) menciona que hay varios tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos hacen referencia al envejecimiento o a las personas mayores, hacen referencia al derecho de las personas mayores a la salud, la seguridad social y una calidad de vida adecuada, incluyendo su derecho a no ser objeto de explotación, violencia ni abuso. De este modo:

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento En 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En sus recomendaciones, se reconocen tres prioridades para la acción: las personas mayores y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores. En el Plan se señalan varias cuestiones clave que siguen siendo pertinentes en 2015 y en las que se hace hincapié en este informe. Se trata de cuestiones como promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar los servicios adecuados para las personas mayores con VIH o SIDA; capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores; prestar los servicios adecuados a las personas mayores con discapacidad (un tema tratado en la orientación prioritaria relativa a la salud); proporcionar atención y apoyo a los cuidadores; y prevenir la negligencia, la violencia y el maltrato contra las personas mayores (tema tratado en la orientación prioritaria relativa al entorno). El Plan también hace hincapié en la importancia de envejecer en la comunidad donde se ha vivido. Envejecimiento activo La idea del envejecimiento activo surgió en un intento de hermanar de forma coherente ámbitos políticos muy compartimentados (p. 5).

La OMS en 2002 dio a conocer el documento Envejecimiento activo, en el cual se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que

envejecen” (OMS, 2015, p. 5). Además, la OMS en su marco político, reconoce seis aspectos clave del envejecimiento activo: lo económicos, lo conductuales, lo personales, lo sociales, lo relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y lo relacionados con el entorno físico. Por tanto, establece cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

1. Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
2. Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.
3. Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.
4. Proporcionar formación y educación a los cuidadores (OMS, 2015, p. 5).

Por otro lado, Arriagada (s.f.) menciona que la Organización de los Estados Americanos (OEA) en su “Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales’ o ‘Protocolo de San Salvador’:

Se refiere a los adultos mayores, de manera que: “Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados Partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas;
- b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;
- c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos” (p. 6).

En el ámbito de Latinoamérica y el Caribe, en 2003 se diseña la estrategia enfocada en priorizar asuntos relacionados con envejecimiento y vejez, la cual, está enmarcada en el Plan de Acción Internacional de Madrid, y fundamentada en principios de las Naciones Unidas y ubicada

en halla Marco de los compromisos de la Declaración del Milenio del año 2000 (Arriagada, s.f., p. 13). En dicha estrategia, rezan los derechos orientados a los adultos mayores como, seguridad económica, participación social, educación, inclusión social, servicios de salud, entornos -físicos, sociales y culturales y de desarrollo. Además de incluir una cobertura donde se amplían las intervenciones que requieren tener como principios orientadores la solidaridad y la cohesión social, creando de esta forma contextos para una protección social de toda la población, donde el objetivo sea la inclusión de mejores y más altos niveles de bienestar y el ejercicio pleno de los derechos (Arriagada, s.f., p. 13).

4.5.2. Marco legal Nacional

En Colombia hay diversas leyes que se enfocan no solo en la protección del adulto mayor, sino que enmarcan la normatividad que rige a los diferentes entes en estrecha relación con ellos como el Estado, la familia y los centros especializados en el cuidado y la atención integral a la tercera edad. Además, en ellas reposan los lineamientos por los cuales una persona es considerada adulto mayor de acuerdo con base en condiciones específicas estipuladas dentro de dichas leyes.

Proyecto de Ley 115 de 2015: La Cámara establece: “... *medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones*”:

Una de las leyes que cobija al adulto mayor en Colombia es el Proyecto de Ley 115 de 2015 Cámara “Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones” (Congreso de Colombia, 2015, párr. 1).

Dicho Proyecto de Ley, establece que tanto los centros de protección social y de día, como las instituciones de atención deberán acoger a los adultos mayores vulnerados por violencia intrafamiliar como una forma de proteger y prevenir. Así mismo, busca poner en marcha planes y programas al tiempo que evalúa los mismos, en contra de cualquier tipo de violencia, ya sea física o psicológica que se pueda ejercer hacia el adulto mayor, para así, evitar la penalización. Por ello, se interesa por la promoción de redes de apoyo y el afianzamiento de vínculos familiares, teniendo en cuenta que es la familia quien

se encarga de suplir las necesidades biológicas y afectivas, además de velar por el desarrollo integral del adulto mayor, todo ello con el fin de prevenir la institucionalización (Congreso de Colombia, 2015).

El presente Proyecto de Ley estipula que la violencia intrafamiliar por parte de algún miembro de la familia o cuidador será sancionada con penas de entre cuatro (4) a ocho (8) años de cárcel y que será aumentada de la mitad a las tres cuartas partes si la conducta es realizada en contra de un menor, una mujer o adulto mayor en condición de incapacidad, indefensión o disminución física o psicológica. Del mismo modo, será sancionado como maltrato, la restricción de la libertad del adulto mayor, por parte de algún miembro de la familia o cuidador. Además, se establece que el descuido, negligencia y abandono del adulto mayor, serán tipificados como delitos, en cuyo caso la responsabilidad recaerá sobre la familia o sobre la institución que haya asumido el cuidado del adulto mayor. En cualquiera de los casos de violencia o maltrato en contra del adulto mayor, mencionados con anterioridad, el ente encargado de proporcionar la ruta de atención inmediata es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como representante del estado colombiano en estos casos (Congreso de Colombia, 2015).

El Proyecto de Ley en mención, determina que los deberes del Estado colombiano con respecto del adulto mayor son los que están definidos en la Ley 1251 de 2008, siendo los siguientes literales:

- fomentar el autocuidado, por medio de la educación, la participación y la productividad que permitan vivir, envejecer y tener una vejez digna.
- Crear políticas y proyectos orientados al empoderamiento del adulto mayor en pro de una mejor calidad de vida.
- Promover estrategias para estimular estilos de vida que posibiliten al adulto mayor una vejez saludable y evite la discriminación con respecto a la etapa vital por la cual atraviesa.
- Generar acciones dirigidas a los programas gerontológicos actuales, para que su enfoque sea integral y dirigido a todas las edades.
- Fomentar redes familiares, municipales y departamentales, en aras del fortalecimiento y la participación de los adultos mayores en su entorno, con el objetivo de fortalecer sus vínculos familiares, afectivos, comunitarios y sociales.

- Promover el establecimiento de programas y derechos de la Tercera Edad, con el fin de mitigar condiciones de vulnerabilidad de adultos mayores aislados o marginados.
- capacitar a cuidadores informales en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores con enfermedades crónicas o enfermedad mental (Congreso de Colombia, 2015).

El Proyecto de Ley 115 estipula que el hecho del Estado se haga cargo del adulto mayor en situación de descuido, violencia o abandono, por medio de sus diferentes entidades generando un gasto público, no exime a las personas responsables, puesto que el Estado estará en disposición y derecho de exigir retribución económica hasta del 100% de los gastos que genere el cuidado del adulto mayor, al o los encargados de la titularidad de la obligación del cuidado del adulto mayor, dichas obligaciones, serán liquidadas mediante acto administrativo (Congreso de Colombia, 2015).

El Proyecto de Ley dispone, que las instituciones de protección a adultos mayores, deben ser granjas con condiciones de albergue, alimentación, recreación y cuidados dignos para dicha población, para ello, los municipios, distritos y departamentos, estarán en condiciones de solicitar que les cedan bienes muebles e inmuebles que haya obtenido derivado de procesos de extinción de dominio o de procesos de similar naturaleza, para la puesta en funcionamiento y operación de las Granjas para Adultos Mayores, a entidades del orden nacional y departamental, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 1551 de 2012 (Congreso de Colombia, 2015).

Ley 1850 19 Julio 2017 *"Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009. Se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones"*:

En la actualidad una de las leyes más importantes es la Ley 1850 19 Julio 2017 "Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009. Se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones" (Congreso de Colombia, 2017, párr.1) en ésta, se penaliza hasta con 8 años de prisión a toda a aquella persona o ente privado o público que incurra en maltrato o violencia al adulto mayor, incluido el abandono de éste. Adema, regula los planes y programas que brindan sus servicios enfocados al adulto mayor. Además, busca

evitar la institucionalización del adulto mayor por medio de la promoción y creación de redes de apoyo social y familiar.

Esta Ley busca cobijar las diferentes esferas de la vida, que incluye no sólo las necesidades básicas, sino las esferas sociales, espirituales, recreativas, emocionales, psicológicas, físicas, económicas entre otras, con el fin de brindar una atención integral y dignificante que se refleje en una mejor calidad de vida para el adulto mayor (Congreso de Colombia, 2017).

Dicha Ley también establece las rutas por medio de las cuales se accede a la Atención inmediata del Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social implementará frente a maltratos contra el adulto mayor, tanto en ambientes familiares como en los centros de protección especial y demás instituciones encargadas del cuidado y protección de los adultos mayores (Congreso de Colombia, 2017).

Adicional a esto, también se establecen las obligaciones del Estado con el adulto mayor como:

4. Introducir el concepto de educación en la sociedad fomentando el autocuidado, la participación y la productividad en todas las edades para vivir, envejecer y tener una vejez digna.
5. Elaborar políticas y proyectos específicos orientados al empoderamiento del adulto mayor para la toma de decisiones relacionadas con su calidad de vida y su participación dentro del entorno económico y social donde vive.
6. Diseñar estrategias para promover o estimular condiciones y estilos de vida que contrarresten los efectos y la discriminación acerca del envejecimiento y la vejez.
7. Generar acciones para que los programas actuales de gerontología que se adelantan en las instituciones se den con un enfoque integral dirigido a todas las edades.
8. Promover la creación de redes familiares, municipales y departamentales buscando el fortalecimiento y la participación de los adultos mayores en su entorno. Con el fin de permitir a los Adultos Mayores y sus familias fortalecer vínculos afectivos, comunitarios y sociales.
9. Promover la Asociación para la defensa de los programas y derechos de la Tercera Edad.
10. Desarrollar actividades tendientes a mejorar las condiciones de vida y mitigar las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores que están aislados o marginados.

11. Incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental (Congreso de Colombia, 2017).

4.5.3. Marco Legal Local: Antioquia

La Resolución 8333 establece el reglamento para el funcionamiento de las instituciones Adulto Mayor y Anciano en el Departamento de Antioquia. Así, La Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, apoyada en el Decreto 2011 de 1976 en su artículo 21, la Ley 9 de 1979 en su artículo 155 y siguientes, la Ley 10 de 1990, artículo 12, la Constitución Política de Colombia de 1991, la Ley 100 de 1993 el 2309 de octubre 15 de 2002, la Resolución 001439 de 2002 y la normas que lo facultan y respaldan acorde con el Sistema de Calidad, establece que:

- El Departamento de Antioquia ha presentado un real aumento numérico y porcentual en la población mayor de 60 años y con expectativas de vida esta edad muy superior a los 80 años o más, esto gracias a desarrollos tecnológicos y científicos. Dicho aumento en la población adulta mayor trae como consecuencia una gran proporción de población que requiere, atención biológica, psíquica y social.
- la Constitución Política de Colombia define como un servicio público a cargo de estado la atención sanitaria y en saneamiento ambiental, por tanto, la necesidad de inspección Vigilancia y Control sobre dichos aspectos. Por ello, el artículo 12 de la 10 de 1990 ordene a las Direcciones Locales de Salud la regulación sobre el cumplimiento de los Centro de Bienestar del Anciano sobre las normas higiénicas previstas en la ley 9 de 1979 y su decreto reglamentario 1298 de 1994.
- El Decreto 2309 de 15 de octubre de 2002 del Ministerio de Protección Social organiza y garantiza la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La sustentación jurídica y técnica existente exige que la dirección seccional de salud de Antioquia dictamine las normas para el funcionamiento de las instituciones que atiende adultos mayores y ancianos de Antioquia. (Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, 2004).

De este modo y con las facultades proferidas, la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia resuelve que:

En el área de atención gerontogeriátrica, se adoptan las siguientes definiciones:

- **Adulto Mayor:** de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es la persona mayor de 60 años, independiente de sus condiciones biopsicosociales.
- **Anciano:** según la Organización Mundial de la Salud, es la persona mayor de 75 años con sus condiciones biopsicosociales disminuidas lo que trae como consecuencia pérdida de autonomía y dependencia parcial o total.
- **Gerontología:** ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia e interviene en el proceso de envejecimiento y los fenómenos que los caracteriza. Allí, Participan muchas disciplinas tales como: medicina, psicología, enfermería, antropología, bioquímica, farmacología, economía, sociología, entre otras y así toma diferentes denominaciones.
- **Geriatria.** rama de la medicina que combina la atención en salud de las personas de edad avanzada en todo su proceso: preventivo, clínico, terapéutico, de rehabilitaciones y de vigilancia continua. Puede ser la medicina geriátrica, la Psicogeriatría, la rehabilitación geriátrica, la enfermería geriátrica, etc.
- **Atención Integral al Anciano:** es la respuesta a las necesidades fundamentales de adulto mayor y anciano en las áreas físicas, mental, social y espiritual, contemplando el fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación, es decir, abarca todas las actividades que favorezcan el mantenimiento de la autonomía y el bienestar de las personas mayores y ancianas (Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, 2004).

La Secretaría Seccional de Salud de Antioquia mediante la Resolución 8333, establece que las instituciones que atienden ancianos en forma temporal diurna o permanente, se clasifican y definen como Centros de Bienestar del Anciano o Instituciones Geriátricas, Gerontológicas y Gerontogeriatría, las cuales prestan servicio de salud en forma temporal o permanente a la población adulta mayor y anciano con enfermedad aguda o crónica, con dependencia biopsicosocial que requiere atención a sus necesidades de tipo biológico, psicológico y/o social (Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, 2004).

La resolución en mención define los requisitos esenciales para los Centro Geriátricos, y Gerontológicos y Gerontogeriatricos haciendo referencia a:

- **Condiciones de la infraestructura física:** construcción, publicación y dotación de servicios públicos.

- Características del área física de habitaciones.
- Características del área de descanso, recreación, cultura y laborterapia, comedor.
- Características del servicio de alimentación
- Características del área de servicios generales cocina, lavandería, ropería.
- Características del área administrativa: procedimientos técnicos, administrativos, manual de funciones, reglamento, organigrama contratos, hojas de vida, registro contables y presupuestales.
- Recurso humano (interdisciplinario).
- Registro para el sistema de información.
- Disponibilidad de medios de comunicación y transporte (Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, 2004).

La presente resolución determina que todas las instituciones que atienden Adultos Mayores y Ancianos en el Departamento de Antioquia deben contar con un área o espacio para la atención de enfermería, dicho espacio puede tener uso múltiple para la atención individual por otros profesionales tales como, gerontólogo, psicólogo, nutricionista fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre otros. Así mismo, estas instituciones deben contar con salón (es) amplio (s) para actividades sociales, culturales y educativas, y de mantenimiento físico, además de contar con los materiales y recursos para dichas. Adicional a esto, se debe contar con áreas de recepción, secretaria, depósitos y archivo actividades (Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, 2004).

Corresponde a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y a las Direcciones Locales de Salud en su ámbito territorial, realizar la asesoría, vigilancia y control a todas las instituciones de intención al Adulto mayor Y Anciano. (Resolución 14861 de octubre 4 de 1995 y ley 715 de 2001 artículo 43.2.8 y 44.3.5) (Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, 2004).

4.5.4. Marco legal municipal: Medellín

El acuerdo 08 de 2012 es que adopta la Política Publica de Envejecimiento y Vejez del Municipio de Medellín, la cual tiene como objeto consolidar la cultura del envejecimiento y vejez en los diferentes sectores poblacionales de la ciudad, a fin de sensibilizar sobre las características y necesidades de las personas que atraviesa por la vejez como etapa vital (Concejo de Medellín, 2012).

Dentro de los objetivos del presente acuerdo, están:

1. Gestionar las condiciones y necesidades del adulto mayor para garantizar su autonomía y libre desarrollo social, cultural, económico, político y ambiental.
2. Desarrollar acciones que permitan a adulto mayor de Medellín envejecer de forma digna.
3. Promover la gestión del conocimiento sobre la vejez en los ámbitos público y privado, con el fin de formar un mayor talento humano dirigido a la población en mención (Concejo de Medellín, 2012).

El presente acuerdo define envejecimiento, como el conjunto de cambios que se dan progresivamente a lo largo de la vida a nivel físico, psicológico, fisiológico, social y funcional. Así mismo, se define al adulto mayor, como persona de 60 años a más y mayores de 50 años cuando se hallan en condición de alto riesgo y vulnerabilidad. Del mismo modo, se establece en el acuerdo, que el envejecimiento exitoso es el principal objetivo de la política Pública de Vejes en el municipio de Medellín, siendo este, la capacidad de mantenerse en menor riesgo de enfermar y mayor nivel de actividad tanto física como mental (Concejo de Medellín, 2012).

El acuerdo 08 de 2012 se fundamenta en principios fundamentales como, equidad, universalidad, solidaridad intergeneracional, dignidad, justicia social distributiva, participación social y corresponsabilidad. Dicho acuerdo, reza en el marco de los enfoques diferencial, familiar, manejo social del riesgo y enfoque de derechos. Por ello, considera a los adultos mayores, como un grupo etario especial que requiere atención diferencial, el cual debe estar a cargo de su familia como responsable de suplir sus necesidades biológicas, afectivas y de desarrollo integral, por lo que supone necesario el establecimiento y fortalecimiento de redes de apoyo familiar, social, comunitaria e institucional, con el fin de adoptar las directrices necesarias que les posibiliten una mejor calidad de vida, donde la promoción de estilos de vida saludables, juegan importante papel (Concejo de Medellín, 2012).

El Plan Municipal de Envejecimiento y Vejez, está en concordancia con el Plan de Desarrollo Municipal que incluye las acciones y proyectos que dan cuenta de esta Política Pública en cuatro ejes básicos: el goce pleno de derechos, como queremos envejecer, vivir una vejez activa y la gestión del conocimiento (Concejo de Medellín, 2012).

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio: Racionalidad Mixta

Los métodos mixtos agrupan “un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada”, logrando así, un mayor entendimiento del fenómeno estudiado (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008) citados en (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 534). “Los métodos mixtos utilizan evidencias de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos”, entre otros, para una mejor comprensión de la problemática observada (Creswell, 2013a y Lieber y Weisner, 2010) citados en (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 534).

La naturaleza compleja de muchos fenómenos o problemas de investigación ha producido la necesidad de utilizar métodos mixtos, pues estos constan de dos realidades, una objetiva y otra subjetiva, por tanto, un enfoque único es insuficiente para lidiar con esa complejidad, de este modo, para capturar estas realidades coexistentes, se requieren visiones tanto objetivas como subjetivas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 536).

Lieber y Weisner (2010), así como Collins, Onwuegbuzie y Sutton (2006) citados en Hernández, Fernández & Baptista (2014) identificaron cuatro razonamientos para utilizar los métodos mixtos:

- a) Enriquecimiento de la muestra (al mezclar enfoques se mejora).
- b) Mayor fidelidad de los instrumentos de recolección de los datos (certificando que sean adecuados y útiles, así como que se mejoren las herramientas disponibles).
- c) Integridad del tratamiento o intervención (asegurando su confiabilidad).
- d) Optimizar significados (facilitando mayor perspectiva de los datos, consolidando interpretaciones y la utilidad de los descubrimientos) (p. 537).

5.1.1. El enfoque cuantitativo

Este se compone de un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no se puede “brincar”, es decir, se debe seguir un orden riguroso, aunque en algunos casos, puede redefinirse alguna fase. Este método, parte de la idea, de que la problemática a estudiar debe irse ajustando o afinando, y que una vez delimitada, “se derivan

objetivos y preguntas de investigación”. Posteriormente, “se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica”. Luego se realizan unas preguntas a resolver y de allí, se “establecen hipótesis y se determinan variables”. A continuación, se traza un plan para probarlas dichas hipótesis (diseño), así mismo, se miden las variables en un determinado contexto, para luego analizar las mediciones obtenidas con la ayuda de métodos estadísticos, con lo que finalmente, se extraen una serie de conclusiones (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 4).

Según Hernández, Fernández & Baptista (2014), el método cuantitativo tiene las siguientes características:

1. Refleja la importancia de medir y calcular magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación.
2. Se plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno o problemática, donde las preguntas de investigación giran en torno a cuestiones específicas.
3. Ya planteado el problema de estudio, se considera lo investigado previamente en la revisión literaria y se construye un marco teórico, del cual surgen las hipótesis, las cuales serán confirmadas o disconfirmadas mediante el diseño o diseños de investigación apropiados.
4. Así, las hipótesis serán “creencias” hasta antes de recolectar y analizar la información.
5. La recolección de la información se sustenta en la medición de las variables o conceptos planteados en las hipótesis. Dicha recolección, se realizará por medio de procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica para su validación y credibilidad.
6. Debido a que la información es el resultado de mediciones, se representa por medio de números (cantidades) y deben analizarse con métodos estadísticos.
7. Es importante realizar pruebas de causalidad, con el fin de minimizar el error y la incertidumbre que puede provenir de hipótesis opuestas o rivales al estudio.
8. Los análisis y resultados se interpretan con base en la hipótesis y la teoría o estudios previos. De este modo, la interpretación da lugar a una explicación de la forma en que los resultados se ajustan al conocimiento existente.

9. La investigación debe ser lo más “objetiva” posible, por ello, el fenómeno que se mide no debe ser afectado por las creencias, deseos y temores del investigador, evitando así, que el estudio se vea alterado.
10. Los estudios cuantitativos deben seguir un proceso de secuencia rigurosa y estructurada, por tanto, las decisiones críticas sobre el método se toman antes de recolectar la información a analizar.
11. En una investigación cuantitativa se busca la replicabilidad y la generalización de los resultados encontrados en un segmento o muestra, a una colectividad mayor o universo poblacional.
12. los estudios cuantitativos buscan confirmar y predecir los fenómenos investigados, por medio de regularidades y relaciones causales entre elementos. Por ende, su meta principal es la formulación y demostración de teorías.
13. Los estándares de validez y confiabilidad se dan, cuando se sigue rigurosamente el proceso, de esta forma, las conclusiones derivadas aportaran a la generación de conocimiento.
14. Este método se basa en la lógica o razonamiento deductivo, ya que parte de la teoría, y de ésta, derivan las denominadas “hipótesis” sometidas a prueba.
15. La investigación cuantitativa busca identificar leyes “universales” y causales.
16. La búsqueda cuantitativa se da en la “realidad externa” al individuo (pp. 5- 6).

5.1.2. El enfoque cualitativo

El enfoque cualitativo a diferencia del enfoque cuantitativo no basa la claridad de su investigación sobre las preguntas o hipótesis que anteceden a la recolección y análisis de la información, ya que este enfoque puede generar y desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y análisis de la información. De este modo, el enfoque cualitativo, emplea la recolección y análisis de información para ajustar las preguntas de la investigación e incluso para desvelar nuevos interrogantes (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

El enfoque cualitativo, según Hernández, Fernández & Baptista (2014) posee las siguientes características:

1. Se plantea un problema, pero no se tiene o se lleva a cabo un proceso u orden definido claramente, ya que los planteamientos iniciales no son tan específicos como los del

enfoque cuantitativo y no siempre se han definido o conceptualizado claramente las preguntas o interrogantes de investigación.

2. En lugar de comenzar con una teoría o marco teórico y luego llegar a lo empírico o experimentación para confirmar o disconfirmar si los datos o información lo apoyan, se inicia analizando y examinando los hechos en sí y en el proceso se elabora o desarrolla una teoría que represente lo que se observa. Es decir, que el enfoque cualitativo, se basa en una lógica inductiva en la cual, primero se explora y describe para posteriormente generar posturas teóricas, partiendo de lo particular a lo general.
3. En la mayoría de las investigaciones cualitativas, no se prueban o confirman hipótesis, sino, que se van generando en el proceso investigativo y, se mejoran o ajustan a medida en que se recolecta más información.
4. El enfoque cualitativo se apoya o fundamenta en métodos de recolección de información no estandarizados ni predeterminados totalmente. Por tanto, la recolección de información busca conseguir y alcanzar las perspectivas y puntos de vista de los diferentes participantes a nivel de emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos de orden subjetivo. En la investigación cualitativa, se realizan preguntas de corte más abierto y se tiene en cuenta no solo los datos escritos, sino lo expresado a nivel verbal y no verbal, reconociendo gustos y tendencias personales, por lo cual, la preocupación se centra en las vivencias personales del participante, en el modo en que éstas son o han sido vividas y experimentadas. Por lo anterior, la información cualitativa se considera una descripción detallada de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.
5. En el enfoque cualitativo para la recolección de información, se utilizan diferentes técnicas: como “la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014. p.9)
6. En este enfoque, el proceso de búsqueda e indagación es más flexible y se desplaza entre las respuestas obtenidas y el desarrollo de la parte teórica, por lo cual, su propósito se basa en reconstruir la realidad tal cual es observada por los actores sociales en un sistema

previamente definido, de manera holística, es decir considerando el todo y sin reducir el estudio a sus partes.

7. El acercamiento cualitativo evalúa el desarrollo natural de los hechos sin manipulación o estimulación.
8. El enfoque cualitativo se basa en una perspectiva interpretativa, que se centra en el discernimiento del significado de las acciones o comportamientos de seres vivos, principalmente humanos y sus intuiciones.
9. La investigación cualitativa define la “realidad” por medio de las interpretaciones de los participantes con base en sus propias realidades. De este modo, confluyen varias “realidades”, incluidas las de los participantes, investigadores y la que se da como producto de la interacción entre todos los actores involucrados. asimismo, son realidades que conforme avanza el estudio se van modificando y se constituyen en la fuente de información.
10. El investigador se mete en las experiencias de los participantes y así construye el conocimiento, teniendo siempre presente que es parte del fenómeno estudiado. De este modo, en el centro de la investigación se sitúa la diversidad tanto de ideologías como de cualidades únicas de todos los actores involucrados.
11. Las investigaciones cualitativas no buscan generalizar los resultados a grupos poblacionales, ni obtener muestras de población significativa, ni pretenden generalmente que los estudios lleguen a repetirse.
12. El enfoque cualitativo se puede considerar como un conjunto de prácticas de interpretación que hacen “al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014. p.9). Sumado a esto, el enfoque cualitativo es naturalista, en la medida en que estudia los sucesos, hechos, fenómenos y seres en sus ambientes y contextos naturales y cotidianos, y a su vez, es interpretativo, ya que busca hallar sentido a fenómenos o sucesos con base en significados otorgados por las personas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

En el acercamiento cualitativo hay una pluralidad de percepciones o marcos de interpretación, que tienen algo en común:

Todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto (Hernández, Fernández & Baptista, 2014., p.9)

5.2. Nivel y diseño del estudio

5.2.1. En lo cualitativo: Enfoque descriptivo y analítico

5.2.1.1. *Enfoque descriptivo y analítico.*

En este enfoque, el objetivo del investigador se centra en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, lo que significa que se detalla cómo son y cómo se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y perfiles, ya sea de “personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno” que sea sometido a un análisis. Es decir, se pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las concepciones o las variables a las que se refieren, sin necesidad de determinar cómo estas están relacionadas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 92).

Los estudios descriptivos son útiles para revelar con precisión aspectos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. En este tipo de estudios, el investigador debe tener la capacidad de definir o vislumbrar lo que se medirá, ya sean conceptos, variables, componentes, etc. Además de tener claro sobre qué o quiénes se recolectarán la información (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos) (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 92).

5.2.2. Diseño de triangulación concurrente (DITRIAC)

Este modelo, se utiliza cuando el investigador pretende corroborar datos y efectuar validación cruzada entre datos cuantitativos y cualitativos, así mismo, para aprovechar “las ventajas de cada método y minimizar sus debilidades”. Aquí, no necesariamente se da la corroboración de datos. Sin embargo, si se produce de manera simultánea la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación, aproximadamente en el mismo tiempo. Posteriormente, en las etapas de interpretación y discusión se terminan de explicar las dos clases de resultados, y “generalmente se efectúan comparaciones de las bases de datos” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 557).

Esto, según Creswell (2013a), se denomina “lado a lado”, es decir:

Se incluyen los resultados estadísticos de cada variable o hipótesis cuantitativa, seguidos por categorías y segmentos (citas) cualitativos, así como teoría fundamentada que confirme o no los descubrimientos cuantitativos. Una ventaja es que puede otorgar validez cruzada o de criterio y pruebas a estos últimos, además, de que normalmente requiere menor tiempo para ponerse en marcha. Su mayor reto reside, en que a veces puede ser complejo comparar resultados de dos análisis que utilizan datos cuyas formas son diferentes. Por otro lado, en casos de discrepancias entre datos CUAN y CUAL debe evaluarse cuidadosamente por qué se han dado y en ocasiones es necesario recabar datos adicionales tanto cuantitativos como cualitativos. El diseño puede abarcar todo el proceso investigativo o solamente la parte de recolección, análisis e interpretación (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 557).

5.2.3. En lo cuantitativo: enfoque descriptivo observacional de corte trasversal.

5.2.3.1 Diseños transeccionales descriptivos

Tienen por objeto “indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables” en un grupo poblacional en un momento dado. Esto se lleva a cabo, ubicando en una o más variables a un grupo de personas u otros seres vivos; del mismo modo que con objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades y otros, para posteriormente proporcionar su descripción. Por ende, son estudios netamente descriptivos, ya que no se realiza deliberadamente la manipulación de variables, buscando así, observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para ser analizados posteriormente y, por consiguiente, sus hipótesis, son también descriptivas (de pronóstico de una cifra o valores). En algunos casos, el investigador puede realizar descripciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas u otros seres vivos, objetos, comunidades o indicadores (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, pp. 155-156).

5.3. Población y muestra:

Teniendo cuenta los parámetros para grupo focal establecidos por Bonilla y Rodríguez, entre los cuales se plantea que para llevar a cabo dicha metodología se debe trabajar con un grupo de entre seis a doce personas (Bonilla, & Rodríguez, 1997, pp.102-104), muestra para el presente estudio será de 9 sujetos institucionalizados de la Fundación Huellas del Ayer de San Antonio de

Prado, ya que, esta institución cuenta a la fecha de realización del estudio con un universo poblacional de 66 adultos mayores (A.M) funcionales y no funcionales, tanto físico como mentalmente, siendo el universo muestral de 24 A.M, el cual es considerado bajo con respecto al universo poblacional, debido a que son personas con alta vulnerabilidad que presentan deterioros cognitivos considerables, es decir, el funcionamiento mental de dichas personal no es apto para los requerimientos del presente estudio. Por tanto, de este universo muestral se seleccionó una muestra por conveniencia de 9 sujetos que cumplen con los siguientes criterios de inclusión-exclusión:

- Tener una edad mayor a 60 años e inferior a 90 años.
- Llevar al menos 3 meses institucionalizado.
- Que no presenten demencia moderada o grave para la cual el criterio se basará en las puntuaciones de las pruebas de mini mental que oscilen en un rango mayor a 25 puntos, ya que la máxima puntuación es de 30 puntos, lo cual da un rango de un funcionamiento cognitivo normal.
- Que no posean problemas con el lenguaje como, por ejemplo: afasia o poca fluidez con el idioma español, que les dificulte comprender las pruebas.
- Residentes con deficiencias graves de los órganos senso-perceptivos que le impidan la realización de las pruebas y aquellos que padezcan una enfermedad grave como neumonía, insuficiencia renal, entre otros.
- Personas que estén recibiendo cuidados paliativos a causa de una patología que las esté llevando a la muerte.
- Personas que hubieran vivido en los últimos 6 meses algún otro acontecimiento vital muy grave, aparte del hecho de ingresar en la residencia.
- Los criterios de exclusión serán aquellos que se oponga a los de inclusión.

5.4. Técnicas de recolección de información

Para la realización del presente estudio se tuvo en cuenta técnicas empleadas tanto en el enfoque cualitativo como en el enfoque cuantitativo. Por un lado, en cuanto al método cualitativo las técnicas utilizadas, serán descritas a continuación:

5.4.1. Instrumentos cualitativos

5.4.1.1. Entrevista semi-estructurada

También denominada entrevista mixta, puesto que integra, por un lado, lo que es entrevista estructurada, en la cual el entrevistador realizara preguntas previamente preparadas para profundizar en aspectos relevantes, y, por otro lado, la entrevista libre que consta de preguntas abiertas al entrevistado, donde se personaliza y no se sigue un guion. Este tipo de entrevista se considera la más completa, puesto que es integradora debido a que posee los beneficios de ambas (entrevista estructurada y libre) y al mismo tiempo, posibilita comparar entre los diferentes sujetos, al igual que profundizar en las características específicas de los mismos (Pardo, 2015).

5.4.1.2. Grupo focal

Es un método de indagación rápida y a profundidad para obtener información suficiente, que permite responder en poco tiempo a las preguntas que se tienen sobre las realidades sociales a investigar, esto, sin perder de vista la rigurosidad del método científico. Esta metodología se lleva a cabo con grupo de entre “seis a doce personas, quienes son guiadas por un entrevistador para poder exponer sus conocimientos y opiniones, lo cual contribuye a comprender actitudes, creencia, saber cultural, percepciones de un grupo o comunidad, sobre aspectos particulares del problema que se investiga” (Bonilla & Rodríguez, 1997, pp.102-104).

Por otro lado, en cuanto al método cuantitativo las técnicas empleadas serán dos, una escala enfocada en medir la resiliencia y un cuestionario para medir calidad de vida, los cuales se especificarán subsiguientemente:

5.4.2. Instrumentos cuantitativos:

5.4.2.1. Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; de Connor y Davidson, 2003):

El CD-RISC tiene 25 ítems de autopercepción los cuales se relacionan con resiliencia, orientación a la acción, la auto-eficacia, la confianza, la adaptabilidad, la paciencia y la resiliencia de cara a la adversidad, y a las características de las figuras históricas que encarnan el concepto de resiliencia (Urrea, 2015, p. 70). Se evalúa, en una escala de frecuencia tipo Likert, desde 0 «nada de acuerdo» hasta 4 «totalmente de acuerdo». La puntuación máxima es de 100, así, las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia, ésta escala aborda, entre otros, los conceptos de locus de control, compromiso, desafío, conducta orientada a la acción, autoeficacia, resistencia al malestar, optimismo, adaptación a situaciones estresantes y espiritualidad (Connor y Davidson, 2003, p. 70).

El CD-RISC es fiable y válido en Occidente y en Oriente, aunque su estructura de factores haya cambiado según el contexto. Por ejemplo, el original de cinco factores se ha apoyado en un estudio realizado en Australia con enfermeras (Gillespie, Chaboyer y Walli, 2009 citados en Urrea, 2015). Así mismo, Campbell-Sills y Stein (2007) citados en Urrea (2015) describieron “cuatro factores sobre la base del análisis de los factores explicativos de las muestras de saber, resiliencia, apoyo social/propósito, fe, y persistencia”. Además, el CD-RISC ha sido probado en la población general, así como en muestras clínicas, y ha demostrado tener una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest (Connor y Davidson, 2003 citados en Urrea, 2015). Por otra parte, la escala presenta validez en relación con otras medidas de la tensión y la resiliencia, y expone los variados niveles de resiliencia en poblaciones que se cree son diferentes, entre otras cosas, “por su grado de resiliencia, por ejemplo, la población en general frente a pacientes con trastornos de ansiedad” (Connor y Davidson, 2003 citados en Urrea, 2015, p. 71).

5.4.2.2. Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS de la Organización Mundial de la Salud:

Desde el inicio de la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó, que las escalas de calidad de vida eran esenciales cuando se trataba de evaluar a los ancianos institucionalizados, dado que éstos representan un grupo poblacional muy concreto y, como tal, son significativos para la evaluación de la calidad de vida (Medeiros, Menezes & Alchieri, 2011, p. 177). Por tal razón, en la década de 1990-99 la OMS reunió un grupo de investigadores de diferentes países para obtener una definición consensuada de calidad de vida y desarrollar un instrumento para medirla que fuera aplicable transculturalmente. El primero de estos fue el WHOQOL-1006. Posteriormente, se seleccionó la mejor pregunta de cada una de las facetas, obteniéndose el WHOQOL-BREF, actualmente utilizado en este estudio (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas & Bunout, 2011, p. 579).

El WHOQOL-BREF es un instrumento cuantitativo estructurado de forma jerárquica, que posibilita una evaluación global de la calidad de vida y evaluaciones en distintos dominios, los cuales, a su vez, están integrados para distintas facetas, este instrumento produce un perfil y visión de la calidad de vida a partir de cuatro dominios, siendo cada uno de éstos puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada (Caspá, 2016, p. 67). El WHOQOL-BREF posibilita una aperccepción de calidad de vida global y salud en general, fue planteado para ser utilizado tanto en población general como en otro tipo de pacientes, cuneta con un total de 26 ítems y permite un

perfil de cuatro dimensiones como lo es la salud física y psicológica, el ambiente y las relaciones sociales (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Validaciones del WHOQOL-BREF se encuentran en la literatura en adultos mayores, población general, con problemas de salud y otras condiciones. En Chile, un estudio ha usado la versión oficial española de este instrumento. Por tanto, El centro WHOQOL de Barcelona, España, autorizó y facilitó el presente instrumento para validación de este en adultos mayores chilenos donde los encargados del estudio tomaron una muestra de 1.520 adultos mayores (Espinoza, et al, 2011, p 580).

La validación del instrumento en primer lugar verificó si en su aplicación se distinguían las dimensiones que fueron descritas originalmente, para esto, se realizó un análisis factorial confirmatorio con LISREL 8.50. Como método de extracción de factores, se utilizó el método de componentes principales. Debido a las características de las respuestas de este cuestionario en una escala de tipo Likert, se procedió a obtener con PRELIS la matriz policórica¹ que es la matriz correcta, que asume que detrás de cada variable categórica hay una variable en escala. El método de estimación del modelo fue el de máxima verosimilitud (Espinoza, et al, 2011, p. 580).

Para evaluar la fiabilidad, se analizó la consistencia interna a través del cálculo del alpha de Cronbach, que es una medida de la intercorrelación entre los ítems que conforman la escala. Un alpha de Cronbach superior a 0,7 es aceptable (Espinoza, et al, 2011, p. 580).

El proceso de validación concluye que, el WHOQOL-BREF de la OMS es válido y confiable, tanto para la escala general, como para cada una de las dimensiones y con resultados similares a los descriptos en el estudio original y en la población de adultos mayores, igualmente, Se destaca que el alfa de Cronbach encontrado en relaciones sociales, es mayor al observado en otras evaluaciones, ya que, al tener sólo tres preguntas es la dimensión que muestra la menor fiabilidad. Además, la constancia de estas dimensiones apoya la impresión que las mismas percepciones del WHOQOL-BREF se encuentran en distintas culturas y en personas con diferentes estados de salud/enfermedad, requerimiento fundamental para considerar un

¹ Los paquetes estadísticos actuales permiten aplicar procedimientos robustos ideados específicamente para variables categóricas, entre los que se destacan las correlaciones tetracóricas y policóricas, cuya relevancia metodológica radica en que la mayoría de las escalas psicométricas se compone de reactivos dicotómicos y politómicos (principalmente formatos Likert) (Freiberg, Stover, de la Iglesia & Fernández, 2013, p. 151).

instrumento transcultural y permitir comparar los resultados entre países (Espinoza, et al, 2011, p. 585).

5.5. Recolección, procesamiento y análisis de la información:

La recolección de información se realizó teniendo en cuenta tanto los parámetros de la investigación cualitativa como de la cuantitativa, por ende, en el caso de la primera se adquirió información por medio de entrevistas realizadas a 9 adultos mayores seleccionados como muestra, de la Fundación Huellas del Ayer ubicada en San Antonio de Prado corregimiento de Medellín, durante el segundo semestre del año 2018, además, como lo plantea Bonilla y Rodríguez (1997). Por un lado, teniendo en cuenta la investigación cualitativa, se contó principalmente con el trabajo detallado de grupos focales, se realizó grabaciones de audio, se hizo registro de testimonios, así como escritos de personas en relación con el tema que se indagó y las narraciones de vida que aportaron al tema investigado (Bonilla & Rodríguez, 1997). Adicional a ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas. Con cada una de ellas se recolectó la información por medio de grabaciones de audio y evidencia fotográfica.

Por otro lado, con respecto a lo cuantitativo se aplicaron instrumentos validados. En lo concerniente a resiliencia se utilizó *Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; de Connor y Davidson, 2003)*, y, en lo que respecta a calidad de vida, se aplicó el *Cuestionario World Health Organization Quality of Life – OMS (WHOQOL-Bref) de la Organización Mundial de la Salud*. Todo esto se ejecutó con el objetivo, herramientas, observación activa y un orden específico que permita obtener información y al mismo tiempo, cuidar con mayor detalle los aspectos del trabajo realizado (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

El procesamiento de la información se realizó a partir de los resultados de las técnicas e instrumentos aplicados a los adultos mayores, las entrevistas, grupo focales, notas, grabaciones de audio y fotografías. Después de obtener la información relevante se desgrabó, transcribió y procedió a recoger las respuestas para ser procesadas en una matriz de Excel que permitió su previo y adecuado análisis. Todo esto, proporcionó la identificación de las categorías dominantes, tanto teóricas como emergentes y con base en ellas desarrollar el análisis.

En este procedimiento fueron tomadas en cuenta cada una de las sesiones ejecutadas del grupo focal, las cuales se procesaron, clasificaron por categorías, de acuerdo con los objetivos específicos y se analizaron por categorías teóricas y emergentes (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Finalmente, luego de pasar los datos en la matriz de Excel, se procedió al análisis de la información suministrada durante el tiempo trabajado con los adultos mayores de la Fundación Huellas del Ayer. Se tuvo en cuenta un análisis mixto, ya que esto permitiría tener unos estándares numéricos de las pruebas empleadas, lo que posibilitó analizarlos, describirlos, y cualificarlos teniendo en cuenta los datos cuantitativos, los subjetivos que predominan y fueron observados en los adultos mayores. En este trabajo se analizó la información de forma detallada, se tomó en cuenta toda la información obtenida de la muestra, se trianguló, cruzó y relacionó, para identificar las tendencias, los asuntos que se repiten, los que aparecen de manera complementaria, los rasgos extraños y/o únicos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

5.6. Consideraciones éticas:

Teniendo en cuenta lo propuesto por María Eumelia Galeano (2004) como punto de referencia, la ética se asume “como práctica, como modo de vida” (p. 69). De este modo, para Galeano (2004) existen ciertos ejes éticos básicos, que se deben presentar en el trabajo investigativo cualitativo: “integridad del proceso, responsabilidad hacia los informantes (consentimiento informado, confidencialidad, anonimato y derechos de autor), pertinencia de las técnicas de recolección y registro de la información, manejo del riesgo y reciprocidad” (Galeano, 2004, p. 69). De este modo, para Galeano (2004), la perspectiva ética y social es la que lleva a:

Preguntarse por las normas, valores, pautas de comportamiento, visiones y racionalidades presentes en los heterogéneos actores sociales con los que se interactúa, las “razones” o condiciones que han posibilitado la conformación de esa heterogeneidad, las consecuencias de la interacción de subjetividades y la comprensión desde los otros y con los otros (p. 69).

Por lo anterior, es que la ética se interesa por formar principios que permitan la comprensión del ser humano, guíen su práctica, las cuestiones sobre su relación con los otros y los contextos sociales e históricos, con el fin de regular las relaciones y acciones que permitan realizar las experiencias diarias, para lo cual se fijan límites, se construyen acuerdos y consensos válidos contextualmente, asumen criterios y responsabilidades consigo mismo y el otro (Galeano, 2004).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo investigativo se realizó, bajo parámetros éticos en los cuales se respetaron los derechos de autor, para lo cual la citación se realizó bajo los requerimientos normas APA en su sexta edición, siendo cuidadosas en el manejo de citas y

referencias de todo el material bibliográfico consultado. Por otro lado, se tuvo en cuenta el consentimiento informado de la institución y los participantes, requerido para la investigación, se respetó la subjetividad de cada uno de los sujetos, se realizó la aplicación de los instrumentos de manera respetuosa y bajo la aceptación y voluntad participativa de los adultos mayores que fueron elegidos como muestra y que voluntariamente aceptaron participar del estudio, además se contemplaron los parámetros de confidencialidad y prudencia en el manejo de la información obtenida. Del mismo modo, como compromiso ético, se hará la devolución de la información a la población como forma de retribución y agradecimiento, de modo que sea una investigación constructiva que aporte en el día a día de la institución en pro del adulto mayor que ella alberga.

5.7. Procedimiento

La recolección de información se realizó teniendo en cuenta tanto los parámetros de la investigación cualitativa como de la cuantitativa.

En el caso de la información cualitativa, en primer lugar, se llevó a cabo la elaboración de los instrumentos de recolección, con el correspondiente consentimiento informado que permitiera cumplir con los requerimientos éticos y legales para el manejo de los datos e información suministrada por parte de los participantes con objeto de la presente investigación. Inicialmente se diseñó un banco de preguntas enfocadas en las categorías que se habían planteado para la presente investigación, las cuales fueron presentadas al experto que guía la investigación, con quien se eligieron las más acordes con las necesidades del estudio y, de este modo se estructuró el cuestionario semiestructurado para entrevista individual que consta de 13 preguntas orientadas por 4 categorías de análisis.

Adicional a esto, y con base en las preguntas seleccionadas de la entrevista individual y teniendo en cuenta las categorías de la investigación, se diseñó un grupo focal, el cual se elaboró con 4 preguntas, de las cuales cada una de ellas acogía los aspectos más importantes de cada categoría. Para poder llevar a cabo todo esto debido a las características de los participantes, se encontró la necesidad de realizar la aplicación de una prueba mental (mini-mental), que permitiera identificar las personas aptas, que cumplieran con los criterios de inclusión- exclusión planteados como requisito para la participación del presente estudio. Así mismo, se realizó un taller psicoeducativo previo a la aplicación de los instrumentos cualitativos mencionados

anteriormente, por medio del cual se pretendía contextualizar y acercar a los participantes previamente seleccionados, al tema investigado.

Para la realización del taller de psicoeducación con los adultos mayores, se contó con un tiempo estimado de 50 minutos. En primera instancia, se realizó una dinámica rompe hielo de aproximadamente 5 minutos, con el fin de conectar al grupo con la actividad a realizar, crear empatía, confianza y un ambiente cálido no solo para los participantes entre sí, sino también de los investigadores con el grupo. Como paso a seguir, se utilizaron unos videos alusivos al tema, de los cuales se tomaron los elementos que se consideraron importantes para la dinámica grupal y se proyectaron de manera educativa. De este modo, los videos sirvieron como guía didáctica para las investigadoras a la hora de enseñar sobre los términos principales de la presente investigación. Sumado a esto, se utilizó el material pertinente de la previa literatura plasmada en el trabajo de grado, para lograr los fines del trabajo investigativo con la población elegida.

Teniendo en cuenta los videos, se realizó una dinámica, en la que se contó con dos árboles; uno denominado el árbol de la resiliencia y el otro, el árbol de la calidad de vida. Cada uno de estos árboles, fue construido por los participantes, y cada uno de los participantes tuvo papeles de colores recortados en formas de hojas de árbol con aspectos pertenecientes tanto a la resiliencia como a la calidad de vida, y era función de cada participante, salir con el papel y pegarlo en el árbol que correspondía, ya sea el árbol de calidad de vida o el árbol de la resiliencia. Esto, con el fin de constatar que los temas tratados fueron entendidos por los adultos mayores o de lo contrario, identificar falencias, para que, de este modo, las investigadoras pudieran explicar, aclarar dudas, hacer preguntas de modo, que los aspectos estuvieran claros para la posterior realización del grupo focal. Al finalizar, se dio un tiempo para la realización de preguntas por parte de los adultos mayores y así, resolver dudas y se hacer claridades con respecto a los términos y sus implicaciones.

Posterior a esto, se llevó a cabo el grupo focal del cual se dejó registro fotográfico y de video, con el fin de que la información recolectada pudiera ser desgrabada en función de la elaboración de análisis, durante esta actividad, se realizaron las preguntas planteadas en el mismo, lo que posibilito, recoger los diferentes testimonios al respecto de cada una de las preguntas.

Ulteriormente, se realizó la aplicación de entrevistas semiestructuradas de forma individual a cada uno de los participantes del estudio, donde cada una de las respuestas fue grabada por medio de audios, con el fin de obtener información más completa y precisa a la hora de desgrabarla, lo

cual posibilitaría un análisis más ajustado a los testimonios de los participantes de la investigación y, por consiguiente, permite unos resultados más fidedignos.

Por otra parte, terminada la aplicación del total de los instrumentos de la metodología cualitativa, se procedió con la aplicación de los instrumentos cuantitativos. En primera instancia, se aplicó a cada uno de los participantes del presente estudio, el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF de la O.M.S, que consta de 26 preguntas, de las cuales dos apuntan a aspectos generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y las 24 preguntas restantes están dirigidas a la evaluación de cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales, y Ambiente. A mayor puntuación, mejor percepción de calidad de vida. La escala de respuesta es de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.

Una vez terminada la aplicación del WHOQOL-BREF de la O.M.S, se pasó a realizar la aplicación a cada uno de los participantes, de la escala de resiliencia de Connor y Davidson - CD-RISC (2003), este es un cuestionario de 25 ítems que evalúa entre otros, los conceptos de locus de control, compromiso, desafío, conducta orientada a la acción, autoeficacia, resistencia al malestar, optimismo, adaptación a situaciones estresantes y espiritualidad. Es una escala de frecuencia tipo Likert, la puntuación va desde 0 «nada de acuerdo» hasta 4 «totalmente de acuerdo», su máxima puntuación es de 100. Las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia.

Llevada a cabo la aplicación de los instrumentos tanto, cuantitativos como cualitativos, se dio paso al respectivo procesamiento y análisis de la información. En el caso de la información obtenida con los instrumentos cualitativos, se realizó en primera instancia, la desgrabación de cada una de las entrevistas y, posterior a eso se analizaron cada una de las respuestas dadas por los adultos mayores, con el fin de encontrar los aspectos más relevantes, los que se repetían y aquellos que aparecían como diferentes. Este mismo procedimiento, fue llevado a cabo tanto en el grupo focal como en las entrevistas semiestructuradas, para subsiguientemente, hacer el cruce de los análisis obtenidos con ambos instrumentos, para, de esta forma, hallar los aspectos más relevantes para la investigación. En motivo de la clasificación de las respuestas dadas por los adultos mayores y de manera que se mantuviera el anonimato y el respeto a la confidencialidad planteada en el consentimiento informado, se determinó, utilizar las iniciales de nombre y apellido de cada participante para referenciar cada uno de sus aportes a la presente investigación.

En el caso de la información cuantitativa obtenida por medio de los instrumentos mencionados anteriormente, estos fueron procesados a través de una matriz de EXCEL y por medio del software SPSS Versión: 22 (Statistical Package for the Social Sciences). Para cada uno de ellos, lo cual permitió el respectivo análisis estadístico con cálculos adecuados y precisos con respecto a los elementos específicos que se deseaban medir. Es importante aclarar que debido a que los instrumentos utilizados, no tienen varemos estandarizados con rangos que permitan hacer calificaciones específicas de las puntuaciones, se determinó manejar un rango de puntuación en quintiles, como medida para la agrupación de los diferentes rangos de puntuación, de manera que se diera mayor objetividad a los puntajes obtenidos por cada uno de los participantes del estudio.

En lo referente a la escala de resiliencia CD-RISC; de Connor y Davidson, la puntuación máxima es de 100 y la mínima de 0, donde las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia y las menores aluden a bajos niveles de resiliencia (Connor y Davidson, 2003). Por consiguiente, en el presente estudio, se estipularon teniendo en cuenta lo anterior, las siguientes clasificaciones, para enmarcar los rangos de puntuación:

- Una puntuación de 1 a 20 equivale a una bajísima resiliencia.
- Una puntuación de 21 a 40 equivale a una baja resiliencia.
- Una puntuación de 41 a 60 equivale a una mediana resiliencia.
- Una puntuación de 61 a 80 equivale a una alta resiliencia.
- Una puntuación de 81 a 100 equivale a una muy alta resiliencia.

Clasificación, que se aplicó de la misma manera para cada uno de los factores que evalúa la escala.

Por otro lado, en lo referente a la prueba de calidad de vida: Cuestionario World Health Organization Quality of Life – OMS (WHOQOL-BREF) de la Organización Mundial de la Salud, el cual, ofrece un perfil de calidad de vida global y salud en general que permite obtener, perfiles de percepción de calidad de vida, por medio de 4 dimensiones puntuadas de forma independiente, donde, entre más alta sea la puntuación de cada dominio mejor es el perfil de percepción de calidad de cada persona evaluada (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Es por ello, que se determinó, para usos del presente estudio, al igual que en la prueba anterior de resiliencia, establecer los siguientes rangos de puntuación:

- Una puntuación de 1 a 20 equivale a una bajísima percepción de calidad de vida.
- Una puntuación de 21 a 40 equivale a una baja percepción de calidad de vida.
- Una puntuación de 41 a 60 equivale a una mediana percepción de calidad de vida.
- Una puntuación de 61 a 80 equivale a una alta percepción de calidad de vida.
- Una puntuación de 81 a 100 equivale a una muy alta percepción de calidad de vida.

Clasificación, que se aplicó de la misma manera para cada una de las dimensiones evaluadas en el cuestionario.

6. Análisis y Resultados

6.1. Análisis de información cualitativa

6.1.1. Análisis de Entrevistas semiestructuradas:

6.1.1.1. Categoría: adulto mayor.

6.1.1.1.1. Percepciones de los adultos mayores sobre etapa de vida en la que se encuentran.

En las entrevistas realizadas a los adultos mayores, se hallaron elementos comunes en los cuales ellos definen la etapa de vida en la que se encuentran como una etapa más de la vida, en la que si bien, se tienen más experiencias, aún se puede seguir aprendiendo. Del mismo modo, la describen como una etapa más compleja por varias razones: una de ellas, es que se sienten solos y porque deben desarrollar nuevas maneras de hacer las cosas que antes hacían tal vez con mayor facilidad.

También la definen como una etapa de reflexión y de retrospectiva frente a las experiencias vividas, en la cual se hace una evaluación de lo bueno y lo malo, por lo que se presenta una fuerte necesidad de reivindicarse y/o mejorar los errores pasados.

La mayoría de los adultos mayores resalta la importancia de las amistades y personas que les rodean, además de la salud. Adicional a esto, la mayoría definen esta etapa como feliz y buena, siempre y cuando se tengas cubiertas todas las necesidades básicas. Todo esto se sustenta con las siguientes enunciaciones de los actores sociales indagados:

“En mi caso la definiría como una etapa muy feliz, la estoy disfrutando al máximo, salgo, converso, hago amistades, he estado viviendo cosas que ni joven había vivido” (L.A.A), “es normal que uno llegue a la vejez...me llena de orgullo, ser una adulta mayor que tengo todas las comodidades”(M.R), “me encuentro en este momento es muy bien por la sencilla razón de que aquí en el hogar lo tengo todo”(G.G), “es un ciclo una vida ya encaminada la vida ya no es lo mismo que cuando uno tenía 30 o 40 años, uno con 60 la vida es un poquito más pesada, pero después de que haya salud y alientos se siente uno bien, es otra forma de vivir”(G.A).

Por otro lado, también se encuentran elementos menos recurrentes entre los adultos mayores entrevistados, en los que se evidencia la vivencia de la vejez no solo desde una perspectiva física, sino también como un estado subjetivo en el que la persona toma una actitud y posición, así

mismo se constataron elementos como el miedo a la muerte. Lo anterior es sustentado en las frases como:

“Yo soy un viejo que me siento muchacho, a mí no me parece que el tiempo haya pasado... yo le tengo miedo a la muerte, me falta todavía mucho trayecto para recorrer, yo estoy bien y sano” (J.M.A)

6.1.1.1.2. Sentimientos de los adultos mayores con respecto a la etapa de vida en la que se encuentra.

La mayoría de los adultos mayores entrevistados respondieron que se sienten bien con respecto a la etapa de vida en la que se encuentran, puesto que cuentan principalmente con todas las necesidades básicas satisfechas, además, refieren sentirse felices, bien y orgullosos con su etapa vital, ya que en la institución en la que habitan, tienen personas que los apoyan y los acompañan, brindándoles afecto. Lo anterior se refleja en comentarios como:

“Me siento muy bien sobre todo porque gracias a Dios no tengo por qué preocuparme por nada”(A.M), “Yo me siento muy bien, aquí en la casa en la que estoy me siento en mi hogar, siempre están pendientes de uno”(L.E.M), “me encuentro muy bien en esta etapa de vida, súper bien porque pienso que yo aquí no me siento arrimada, yo aquí me siento como en mi casa, yo no tengo otra casa sino esta, aquí hay de todo, hay amor, cariño, comprensión”(M.R.)

Con base en los comentarios anteriores, es evidente que la mayoría de los adultos mayores se sienten bien y conformes con el hecho de pertenecer a la institución, sin embargo, hay quienes señalan su inconformidad con el hecho de estar institucionalizados, no obstante, es la única opción con la que cuentan en la mayoría de los casos. Esto se sustenta en las siguientes enunciaciones:

“Sí, me siento bien, de pronto no hubiera querido estar en un hogar de estos, para no quitarle la comida de pronto a otra persona, pero yo vivía debajo de un puente, entonces estoy mejor aquí, y si estoy marcado para morir en un hogar de estos, está bien” (A.M), “Regular, regular, yo no he hecho motivo para estar metido acá, la vida no me ha correspondido como quería” (O.V).

Adicional a esto, un gran porcentaje de adultos mayores refieren esta etapa, como una etapa de preocupación por su salud:

“Me siento muy bien en todo, solo me preocupa mi salud” (M.J.A), “que sería de mi yo por allá en la calle sin quien me ayudara y enfermo” (G.A).

6.1.1.1.3. Aspectos de su momento vital como adulto mayor que más les preocupan.

Con respecto a las respuestas dadas por los adultos mayores, se evidencian varios aspectos fundamentales que los preocupan y son de vital importancia para ellos. En primer lugar, uno de los asuntos más reiterativos, hace alusión al aspecto de la salud, puesto que manifiestan gran preocupación por las dolencias y enfermedades que pueden estar sufriendo o pueden llegar a sufrir, ya que, esto implica no solamente limitaciones, malestar y pérdida de autonomía e independencia, sino, que implica menos tiempo de vida y mayor cercanía con la muerte, como ellos mismos revelan en las siguientes afirmaciones:

“Me preocupa llegar a una etapa de invalidez donde yo no pueda valerme por mí misma, es que yo veo muchos ancianos y mayores que dependen de los demás para todo, entonces eso a mí me da tristeza, me da miedo” (L.A.A), “Me preocupa las enfermedades mías y de mi esposo, pero le pido mucha fortaleza a Dios para poder seguir” (M.R) “A mi nada, desde que este aliviado le doy gracias a dios, una enfermedad es lo único que me preocupa” (O.V).

En segundo lugar, otro aspecto relevante, alude al tema de la falta del afecto familiar, apoyo social y la soledad que sienten al respecto, como se vislumbra en las siguientes afirmaciones:

“Me preocupa el estado de mi mamá, no poder estar con ella, ella sufre mucho y uno no tiene la forma de poder ayudarla” (G.A), “A mí me preocupa la soledad” (J.M.A), “Lo que más me preocupa es... no tener a mi familia cerca” (G.G.), “me preocupa morir aquí solo” (A.M).

En tercer lugar, y aunque menos reiterativo o evidente, surge como preocupación el aspecto de la sexualidad, sobre la cual se infiere, no se hace gran alusión principalmente a causa de los tabúes sociales que hay con respecto a la sexualidad en la vejez. Esto se evidencia en la respuesta dada por uno de los adultos mayores:

“yo soy un tipo que todavía soy una persona ardiente, me hace falta la mujer, es mi único motivo, de lo otro me río, no me preocupa nada más, es que yo digo, pero yo como me siento de bien, por qué yo tan solo. A mí me hace falta de una mujer la compañía y la sexualidad” (J.M.A).

6.1.1.2. Categoría: institucionalización.

6.1.1.2.1. Percepciones sobre como la institución contribuye a la calidad de vida de los adultos mayores.

La mayoría de las respuestas dadas por los adultos mayores evidencian una percepción positiva, frente al hecho de pertenecer a la institución y los beneficios que ésta trae en pro de su calidad de vida. De este modo, es importante señalar, que, con esto, los adultos mayores hacen referencia al cubrimiento de sus necesidades básicas, hecho que se cree, se atribuye a que la mayoría de las personas que están en la institución, han sido personas en situación de vulnerabilidad o en situación de calle, en las que han tenido precariedad para acceder, conseguir o suplir sus necesidades básicas. De este modo se encuentran respuestas como:

“Yo me siento muy bien aquí porque estoy con mi esposo, yo aquí tengo todo, la comida, la dormida, buena cama...Tengo calidad de vida porque me llevan al médico, me pagan el taxi, no tengo que pagar nada, tengo la luz, el agua, la alimentación, tengo la comida elegante y muy buena, tengo mis jugos, todo lo tengo” (M.R.) “este lugar ha contribuido mucho en mi buena calidad de vida ya que hay aspectos como, por ejemplo: no dormir en la calle, de tener un hogar, mejor dicho, en todos los aspectos porque se me arreglo en un ciento por ciento mi vida” (G.G).

Así mismo, los adultos mayores señalan, que el contacto con el personal de la institución y los demás adultos mayores, es un factor positivo que contribuye a su calidad de vida, en la medida en que ellos expresan no solo recibir de ellos los cuidados físicos o básicos, sino que en ellos encuentran también una fuente de afecto y apoyo emocional, lo que debido a la precariedad que la mayoría de adultos mayores han sobrellevado en su vida afectiva, se convierte en un aspecto de vital importancia para ellos. Del mismo modo, evidencian que dicho contacto es una fuente de aprendizaje, de entretenimiento y buen uso del tiempo libre para ellos. Lo anterior se refleja en respuestas como:

“Aquí no me falta nada, el trato y el cariño es especial. Las enfermeras son personas muy especiales, del mismo modo las psicólogas, aquí nos hacen mover, bailar, me hace feliz ver como cuidan a otros abuelitos” (L.E.M) “las atenciones de aquí, aunque sea malas las comparaciones, no las tienen ni las hermanas de uno, ni la mujer, no creo que se preocupen tanto” (A.M).

También hay quienes perciben que la institución contribuye a su calidad de vida. en la medida en que la perciben como un nuevo espacio, un espacio de reivindicación y como una nueva oportunidad, lo cual se debe principalmente al hecho de que, como se mencionó anteriormente, muchos de los adultos mayores pertenecientes a la institución fueron habitantes de calle y un gran porcentaje de estos tuvieron problemas con el alcohol y las drogas, razón por la cual, ven en la institución una posibilidad de reinventarse, iniciar y/o retomar su proyecto de vida. Frente a esto un adulto mayor expresa:

“Esta institución contribuye demasiado en mi calidad de vida, estar aquí me ha hecho una persona nueva, ya que anteriormente yo no pensaba sino en consumir droga en el vicio, ahora pienso distinto y gracias a que me trajeron aquí puede estar tranquila mi vida y mucho mejor” (G.G).

Por otro lado, aunque la mayoría expresan su conformidad y señalan lo positivo de la institución, también hay quienes señalan los vacíos que perciben en la misma y en la atención que esta les brinda. Dichos vacíos giran principalmente en torno a la falta de calidez y humanidad en la atención que les proveen. Lo anterior se hace notorio en respuestas como las siguientes:

*“No solo necesitamos comida, sino que necesitamos comida hecha con amor” (J.M.A)
“se necesita de ese carisma y esa calidad humana para que nos entiendan” (L.A.A).*

6.1.1.2.2. Convivencia con los demás adultos mayores y calidad de vida.

La mayoría de los adultos mayores aseguran que la convivencia con sus pares contribuye a su calidad de vida siempre y cuando, haya comprensión y capacidad para entender la condición de cada uno, ya que muchos de ellos presentan ciertas condiciones físicas o mentales que requieren de tratos y/o tratamientos específicos, que en algunos casos generan malestar en la convivencia. Así mismo, la convivencia con los demás adultos mayores aporta a la calidad de vida, en la medida en que se convierten en una fuente de apoyo, afecto, compañía, socialización,

reconocimiento y sentimiento de utilidad, aspectos, que les da sentido de vida. Lo que se evidencia en las siguientes respuestas:

“Si uno se deja indisponer fácilmente no, pero si uno tiene paciencia y sabe llevar a las personas si aportan a la calidad de vida... A mí me satisface y siento en mi alama y en mi corazón esa alegría de yo poder contribuir con estas personitas, siento paz y tranquilidad y eso es un aliciente para mí”(L.A.A) “Ellos contribuyen porque al acercarme a ellos y ellos a mí hay un afecto, ellos le dan a uno moral, ellos le enseñan a uno a tener esa paciencia...los abuelitos hay que saberlo comprender, ayudarles, y si yo puedo darles una galleta o una sonrisa con amor ellos se van a sentir contentos conmigo y yo me siento muy feliz es como si mi espíritu se abriera por dentro y yo quedara reluciente(M.R).

Por otro lado, hay quienes manifiestan no ver nada positivo con respecto a la convivencia con los demás y aclaran que no se puede llevar bien con todos, o al menos que no todos sus pares son de su agrado, principalmente por el hecho de ser personas que transmiten negatividad y que no poseen buena actitud. Esto se refleja en la siguiente respuesta:

“Por parte de los compañeros no creo que uno tenga bienestar, aquí la gente es muy malagradecida, se quejan de que vea esa agua que le dan a uno (hablando de la sopa), y yo les digo, vea hombre cuantos quisieran tomarse esta agüita, afortunadamente a mí me tienen respeto, y se quedan callados, pero es un vicio que coge la gente de criticar todo y no agradecer nada y eso lo contamina a uno” (A.M).

6.1.1.3. Categoría: calidad de vida.

6.1.1.3.1. Percepción de los adultos mayores sobre calidad de vida.

La mayoría de los adultos mayores asocian la calidad de vida con tener satisfechas en primera instancia, sus necesidades básicas, lo cual es un aspecto a resaltar ya que si bien, se supone que la mayoría de personas deberían como mínimo tener estos satisfactores garantizados, en el caso de estos adultos mayores que han vivido en situación de calle y han sido altamente vulnerables, este aspecto se convierte ahora en un beneficio y en algo muy valioso, es decir, que perciben que están bien, si tienen lo necesario como: la alimentación, los servicios, el acceso a la atención médica, un lugar donde vivir. Lo anterior se sustenta en las siguientes afirmaciones dadas por los adultos mayores:

“Yo la entiendo como el tener todo en esta casa, tener la cama, prender la luz cuando yo quiera, la radio, usar la cama, si estoy enferma me traen la comida acá, todo me lo traen. Entiendo por calidad de vida estar bien” (M.R) “Calidad de vida es como estamos viviendo aquí, el buen médico, la buena alimentación los buenos cuidado. De todos los años que tengo estos son los años que he vivido con paz y tranquila” (L.A.A).

Además, es notorio como la calidad de vida en la vejez, se asocia principalmente al bienestar físico, es decir, contar con buena salud es fundamental para los adultos mayores, ya que esto implica para ellos la posibilidad de continuar siendo personas independientes, activos, útiles, además, porque al contar con una buena salud pueden contribuir a la institución y ayudar a los demás adultos mayores, ocupar su tiempo en actividades que les gusta y moverse libremente sin ayuda de nadie, lo que para ellos es de suma importancia. Esto se refleja en las siguientes enunciaciones:

“Para mí la calidad de vida tiene que ver con sentirse bien y poder servir, tiene que ver con la salud, la calidad de vida es preocuparse uno por uno mismo y poder ayudar también a quien lo necesita” (L.E.M) “Para mí es tener primero que todo salud, eso no tiene precio, también la convivencia con los otros, la fe que tiene cada uno” (J.M.A) “ser una persona muy activa y eso es importante porque así me consigo mis cosas personales yo misma, con mi trabajito” (L.A.A).

Del mismo modo, los adultos mayores entrevistados relacionan la calidad de vida con el hecho de tener paz y tranquilidad, de no tener rencores, tener una vida rica a nivel espiritual y estar en paz con Dios. Es importante resaltar que las historias de vida de los adultos mayores que hacen parte de la institución, están cargadas de dificultades y situaciones conflictivas no sólo a nivel económico por la precariedad que han vivido, sino también a nivel personal, emocional y familiar, ya que son personas con pocas o nulas redes de apoyo, por lo cual para ellos es fundamental encontrar paz y tranquilidad, sanando heridas del pasado, dejando atrás culpas que se atribuyen a ellos mismos, o a otros que son significativos. Esto se evidencia, en algunas manifestaciones de los adultos mayores, como:

“Yo entiendo recibir con amor todo lo que se venga diario, nos manda Dios, y esa es la calidad de vida primero” (M.R), “Primero bienestar es tranquilidad, para mí primordial el dinero y la compañía, también la comida, y el afecto el respeto de la gente que llega

aquí” (J.M.A), “para mi disfrutar de un entorno lindo es calidad de vida, me refresca la mente la conciencia, todo” (A.V).

6.1.1.3.2. Aspectos que ayudan a la calidad de vida de los adultos mayores.

Para los adultos mayores entrevistados es fundamental y reiterativo el hecho de contar con la satisfacción de sus necesidades básicas como factor determinante que contribuye a la calidad de vida, así mismo el hecho de tener buena salud es un eje central en la percepción de su calidad de vida, manifestándolo en comentarios como:

“la calidad de vida son muchas cosas por ejemplo si uno tiene necesidades y no tiene como salir de eso, eso no es calidad de vida, el dinero, las buenas relaciones, tener una vida clara de lo que uno tiene y puede dar, eso para mí es tener una calidad de vida” (A.A.V), “Tener plata y salud” (O.V), “En este momento me preocupa la salud, a mí con que me quiten esta sonda yo estoy bien” (J.M.A).

Sin embargo, además de lo anterior, es evidente la necesidad de las redes de apoyo familiar, ya que los adultos mayores resaltan sus carencias en este aspecto debido a que, en su mayoría, son personas abandonadas afectivamente y excluidas de su núcleo familiar, aspectos que les produce una inmensa soledad, en la cual enfatizan constantemente como factor que va en detrimento de su calidad de vida. Lo anterior refleja la importancia que cobra para el adulto mayor el contacto con sus pares y las personas que les proporcionan los diversos cuidados, ya que, de estos últimos reclaman una atención más cálida y afectuosa, por lo que se presume, que los adultos mayores trasladan sus carencias afectivas al personal que les atienden y al cual consideran actualmente como personas fundamentales en su vida. Todo esto se fundamenta en las siguientes afirmaciones:

“Aspectos como la buena convivencia, las buenas relaciones entre nosotros me ayudan a mi calidad de vida” (L.E.M), “Para estar mejor que la familia me visitara para no estar por ahí votado” (A.M), “hace falta más amor y trato más humano, no personas que vengan solo por cumplir porque yo que soy más consciente y comparto más con los abuelos analizo mucho y pienso que esos aspectos humanos son fundamentales...Creo que el contacto familiar. Quiero ver de nuevo a mi hijo y a mi nieta, hace cinco años no lo veo, aunque yo sé que mi hijo no me busca, lo busqué y me rechazó, estoy esperando a

ver qué pasa, eso me hace sufrir mucho”(L.A.A) , “Considero que el poder caminar por donde yo quiera en este espacio que es tan grande, el amor que me tienen las personas y el que le tengo a ellos, la atención en la comida, en la limpieza, de la escucha, de las enfermeras, doctoras, atención de salud, porque nos cuidan, dan una alimentación sana y saludable, no todo lleno de grasa o que sea dañino” (M.R).

Así mismo, señalan la importancia de que les brinden espacios de ocio y de recreación que les permita continuar con una vida activa, saludable en la cual se puedan sentir útiles, autónomos y capaces de realizar las actividades que han llevado a cabo durante su vida. Además, consideran que estos espacios les permiten mejorar sus relaciones interpersonales. Como se evidencia en frases de adultos mayores como:

“Sería muy bueno uno tener espacios para poder hacer actividades como una canchita para correr, o actividades recreativas, porque es uno aquí sentado todo el tiempo, yo antes iba a piscina, montaba en bicicleta, salía a trotar, entonces muy bueno uno tener donde ir a hacer gimnasia” (G.A).

Finalmente, cabe resaltar que, para los adultos mayores, un aspecto fundamental que contribuye a la calidad de vida tiene que ver con la actitud personal, es decir, con la responsabilidad que cada uno manifiesta tener frente a como toma la vida y la posición que asumen en su día a día. Sumado a esto, se resalta la importancia que tiene para ellos el hecho de poder y querer aprender cosas nuevas para su vida, tanto a nivel manual y académico como personal, ya que ellos manifiestan que el estar viejos no significa que no puedan hacer cosas nuevas, lo cual refleja que ven su etapa vital como una oportunidad de enriquecimiento y vida activa.

“para mí la actitud que uno pone también está dentro de la calidad de vida, en ocasiones uno está de mal genio y eso daña la calidad de vida”(G.A) “Todo lo que uno aprenda le ayuda a la calidad de vida, mientras más se aprenda mejor se vivir....También pienso que hay que ser agradecido, si esto es lo que la vida nos puso hay que gozarlo al máximo y eso ayuda a mejorar la calidad de vida porque andar llorando no sirve para nada” (L.A.A) “Principalmente la ayuda de Dios, también poder hacer las cosas, no quedarme quieto, ayudar a quien lo necesite. Estar pendiente de mí mismo ser útil” (L.E.M).

6.1.1.3.3. *Aspectos que los adultos mayores consideran importantes para sentirse bien con la vida y con ellos mismos.*

A nivel general los adultos mayores resaltan la importancia de contar con las necesidades básicas satisfechas como la alimentación, la vivienda, el vestido, los servicios, entre otros, debido a que son personas vulnerables que han estado la mayor parte de su vida llenas de carencias, por lo cual contar con esto siempre será un eje central para su sentido de bienestar con la vida. Del mismo modo que es, el contar con un buen estado de salud, ya que esto, implica autosuficiencia, autonomía e independencia para el adulto mayor, lo cual, los hace sentir útiles y mejor con ellos mismos, en la medida que esto también representa para ellos poder servirles a los otros. Esto se evidencia en relatos de los adultos mayores como:

“Si tenemos la oportunidad de hacer un favor hacerlo todo eso me hace sentir bien conmigo mismo, porque esa es la vida servirnos los unos a los otros, me encanta mucho la calidad de vida, la buena alimentación, no estar enfermo es calidad de vida, el cuidado personal, eso es lo más bueno de la vida... tener buenos pensamientos realizar buenas obras, mantenerme activo, servir y ser útil a los demás. Tener buenas amistades, cuidarlas ya que hacen que mi vida sea mejor, son bendiciones de Dios” (L.E.M), “mis talentos y ocupaciones me hacen sentir útil y feliz y sobre todo me hacen sentir bien porque con ellos puedo ayudar a la gente y ver que la gente se pone feliz eso me hace feliz” (G.G).

Adicionalmente, los adultos mayores entrevistados mencionan como aspecto importante para su estado de bienestar, la posibilidad de reflexión frente a todo lo que ha vivido a través de los años, debido a que la vejez es una etapa de evaluación sobre aciertos y desaciertos en su vida, lo cual trae consigo en ocasiones, culpas, remordimientos y resentimientos, que cargan al adulto mayor de sentimientos negativos hacia ellos mismos, los demás y en especial hacia sus familias, por lo cual, para ellos el perdón cobra vital importancia, es decir, poder ser perdonados, perdonar y perdonarse a sí mismos, pues lo que desean en esta etapa es tener tranquilidad y paz interior. Esto se dilucida en las siguientes afirmaciones:

“La tranquilidad, la paz, la paz espiritual, tener fe, creer en dios que el todo lo puede, tener mi mente en paz, no tener remordimiento, el alma tranquila” (M.R), “El perdón, perdonar porque uno siempre tiene heridas muy grandes que son difíciles de cerrar y que

incluso no se cierran jamás A menos de que yo sufriera demencia ahí si pues obvio se me olvidaría todo. Pero perdonar de parte y parte y perdonar de corazón no solo de boca” (L.A.A).

También algunos adultos mayores mencionan la importancia de contar con una mayor libertad a la hora de realizar las diversas actividades en su diario vivir, debido a que estar en una institución les impone unos reglamentos a los cuales no están acostumbrados. Los adultos mayores aluden a que ellos ya tienen un camino de la vida muy recorrido, por tanto, el sentir que en ocasiones son limitados y tratados como niños les genera malestar, puesto que sienten que a su edad y con sus capacidades pueden ser personas independientes. Esto se evidencia en las siguientes verbalizaciones de los adultos mayores:

“Para mí, poder ser más libre, aquí es muy bueno, pero parecemos en una cárcel con la puerta cerrada y hay que pedir permiso para ir, aunque sea al frente, es que no hay como depender de uno mismo y no depender de nadie, poder comerse lo que a uno se le antojó” (A.M) “la libertad eso es lo más duro, aquí uno tiene que llevar un reglamento para poder estar” (J.M.A).

6.1.1.3.4. Incidencias del estado, la familia, las instituciones y los pares en la calidad de vida de los adultos mayores.

Con respecto a la familia los adultos mayores consideran en su mayoría, que estas no aportan positivamente a su calidad de vida, ya que consideran que es un factor esencial como entorno protector que proporciona afecto, apoyo, cariño, cuidados y compañía, aspectos que contribuyen a su sentido de existencia en esta en esta etapa vida, la cual, desde su percepción está caracterizada por la soledad, exclusión, abandono, entre otros. Lo anterior se intensifica, teniendo en cuenta que es una población con pocas o nulas redes de apoyo familiar y social.

Por otro lado, se evidencia que las familias en la actual sociedad desvinculan al adulto mayor de su núcleo familiar ya sea por falta de tiempo, falta de interés, o falta de posibilidades económicas, o por condiciones de deterioro de la salud, que les permitan brindarle al mismo, los cuidados que requieren, ya que consideran que el adulto mayor por ser considerado socialmente como no productivo es una carga difícil de llevar. Todo esto se presume desde las siguientes afirmaciones de los entrevistados:

”Cuando vienen me siento feliz, sé que si todavía vienen es porque me quieren, porque me traen unos “centavos” que necesito, y cuando me traen cosas que necesito, pero más que todo es la felicidad de tenerlos cerca y de compartir con ellos, eso es muy emocionante” (A.A.V), “De mi familia la verdad dependería una mayor compañía, estar cerca de mí y no lo hacen” (G.G), “ De mi familia que me brindaran compañía, que dicha que vinieran mis hijos o la señora y se preocuparan por mí, aunque eso no va a llegar a suceder, tener más apoyo, que me den moral” (A.M).

Por otra parte, en lo concerniente al Estado, los adultos mayores consideran que este es un eje central, ya que por un aparte es el que les brinda de momento la posibilidad de tener un espacio donde tienen todas las condiciones básicas para su vida como lo son la alimentación, los servicios públicos, el techo, además, les posibilita espacios en los que pueden ser activos, aprender, socializar y reforzar sus habilidades personales. Sin embargo, por otro lado, también consideran que este, debería brindarles mayores oportunidades y posibilidades de seguir siendo personas productivas e independientes, ya que en muchos de los casos se sienten con la capacidad de seguir siendo responsables de sí mismos, pero se sienten excluidos socialmente debido su edad, lo cual les produce un sentido de inutilidad y fracaso, aspectos que los hace sentirse desprotegidos por el Estado y por tanto, se sienten una carga social. Esto se refleja en los siguientes comentarios:

“Para mí el Estado hace el que yo esté aquí en este hogar, en él sea que está pagando mi estadía aquí, el que nos da el alimento, estar pendiente de nosotros y que no tengamos ningún accidente, cuando ellos vienen a expresar su cariño y colaboración con nosotras, eso es algo hermoso que hace el estado con nosotros” (A.A.V), “El Estado no tiene responsabilidad con uno, lo que hace lo hace voluntariamente, la obligación es personal. Pero si el Estado me dice, usted que sabe hacer que conocimientos tiene, yo le digo, deme una carreta con frutas y legumbres que yo con eso pago arriendo, vivo y soy capaz de llevar un hogar (oportunidades e independencia) y no necesitaría que me tuvieran aquí” (J.M.A).

Con respecto a la incidencia de los pares en la calidad de vida de los adultos mayores, por un lado, se evidencia que el contar con los otros se hace fundamental, como fuente de apoyo, cariño y acompañamiento en la institución. Por otro lado, también se evidencia como factor

diferenciador, que pocos adultos mayores consideran que para su calidad de vida es fundamental su Responsabilización en el modo en que ellos asumen las cosas y se relacionan con los demás adultos mayores, es decir, la actitud de ellos frente a los otros puede aportar o no a una mejor convivencia y por ende a una mejor calidad de vida. Lo anterior se puede constatar con proposiciones como:

“En cuanto a los otros adultos mayores la compañía es fundamental, así sea para uno enojarse, la convivencia es muy importante, para uno poder disfrutar el tiempo con ellos” (G, G), “El bienestar depende de uno, pero todos los seres humanos necesitamos de alguien por el afecto y el apoyo” (J.M.A), “la calidad de vida no depende de otros, eso depende es del comportamiento de uno mismo” (A.M).

6.1.1.3.5. Aspectos de la calidad de vida de los que los adultos mayores se consideran responsables.

Para el adulto mayor es esencial para su calidad de vida el hecho de mantenerse a sí mismos limpios y presentables, ya que son enfáticos en la importancia del aseo personal y del autocuidado. Así mismo, es interesante resaltar el alto grado de conciencia que evidencia el adulto mayor frente a la forma de asumir su propia responsabilidad en el manejo de su vida. Evidenciando que la actitud que se asume frente a la vida es un factor que depende estrictamente de ellos, así como su vivencia de las situaciones y las relaciones con las personas, aspectos, que como se ha mencionado anteriormente para ellos cobra gran relevancia a la hora de alcanzar la paz y la tranquilidad interior a la que tanto anhelan. Con respecto a esto, también señalan la importancia de mantenerse activos, ocupar la mente, estar dispuesto a prender y esforzarse para seguir contando con autonomía e independencia. Todo esto se evidencia en los siguientes comentarios:

“De mi dependen muchas cosas, por ejemplo, el aseo personal, el mantenerme bien presentado, bien físicamente y aunque hago poco ejercicio el hecho de estar de aquí para allá, son cosas que me mantienen activo, querer estudiar ya que aquí no dan esa opción, saber buscar ayuda cuando uno se siente mal y para eso las tenemos a ustedes, por si uno se siente aburrido o triste” (G.G), “ De mí mismo depende de no mortificame por tanta pendejada que piensa uno, no tener discordias con nadie yo le pido a mi Dios que me ayude a ser tolerante con los otros, el comportamiento de uno es el que hace que uno

pueda estar bien” (A.M), “Del comportamiento mío personal, preocuparme por mí mismo, no estar pensando por ejemplo en que me voy a caer, porque me caigo (ser positivo), contribuir uno mismo para sobrevivir, de uno depende casi todo, en lo principal es en el dialogo con los otros, eso depende de uno mismo” (G.A).

6.1.1.4. Categoría resiliencia.

6.1.1.4.1. *Aspectos a los que el adulto mayor se aferrado y lo han motivado a salir adelante en momentos difíciles.*

Entre los aspectos a los cuales se aferran los adultos mayores a la hora de sobreponerse a situaciones difíciles son, en primer lugar, la fe y la creencia en Dios, ya que, para ellos, es Dios quien los fortalece y en quien pueden contar para superar y atravesar las dificultades que se les han presentado y se les siguen presentando en la vida. En segundo lugar, manifiestan la importancia de las personas que los rodean y que al mismo tiempo se vuelven un apoyo significativo para salir adelante, con lo cual se evidencia, como incluso la compañía de sus pares es un motor para seguir luchando. Finalmente manifiestan aferrarse a experiencias positivas del pasado, las cuales en última instancia los motiva a superarse y trabajar por cosas mejores de las que están viviendo. Lo anterior se puede constatar en comentarios como:

“Yo me aferro a dios, yo creo mucho en dios, yo oro y le pido a dios que no me pase nada, rezo cuando me acuesto y cuando me levanto y pido también por los demás, no soy capaz de acostarme como un animal “mani-cruzado” sin orar, eso me hace descansar, me da tranquilidad” (A.M), “me aferro mucho a las personas que están aquí y me rodean y que me enseñan de todo un poquito”(G.G), “Me he aferrado mucho a las personitas que nos atienden, siento como si fueran mis hijos, los espero con alegría, me apego a las personas porque de ellos dependen mucho nuestra estabilidad” (L.A.A), “Yo me aferro a Dios y a ser positiva” (M.R) “Cuando tengo harta necesidad, recuerdo que he tenido de sobra” (J.M.A).

6.1.1.4.2. *Situaciones que le generan malestar en el adulto mayor.*

Las situaciones que generan malestar en el adulto mayor institucionalizado, se basan en primera instancia en la salud como elemento central para sentirse bien con su vida, es decir, el no estar enfermos y poder ser personas activas e independientes, ya que la vejez es una etapa que

viene acompañada de deterioro a nivel físico y mental y la pérdida de la salud, es decir que hay una disminución o declive con respecto del estado con el que se gozaba en etapas vitales anteriores, lo cual, en muchos casos, conlleva al adulto mayor a la dependencia de otras personas y a la pérdida de su autonomía. Por otro lado, también se evidencia que una situación que genera malestar en los adultos mayores se relaciona con la pérdida física y/o simbólica y emocional de sus personas significativas, principalmente de sus familias, ya que como se ha mencionado en párrafos anteriores, la mayoría de estos adultos mayores han sido abandonados y excluidos de sus núcleos familiares. Por último, ellos expresan sentir malestar cuando ellos mismos u otros adultos mayores son víctimas de malos tratos, lo cual se deslucida en los siguientes comentarios:

“Me preocupa estar uno enfermo y no poderse tomar una medicina...La enfermedad me genera malestar, la pierna me preocupa y me da angustia, pero no me quedo con eso” (M.R), “Las situaciones más dolorosas en mi vida han sido la separación con mi señora, la muerte de mi hijo, Ahora lo más duro es estar separado de mi madre”(L.E.M), “La situación que más me genera malestar es recordar el día que me sacaron de mi casa”(G.G), “Me molesta mucho la grosería, las malas palabras y la altanería de unas personas”(A.A.V), “Aparte del abandono de mis hijos, me genera malestar la gente desagradecida y la gente que no cuida bien a los abuelitos” (L.A.A).

6.1.1.4.3. Los adultos mayores: personas decididas, persistentes y perseverantes.

La mayoría de los adultos entrevistados se consideran personas decididas, persistentes y perseverantes, ya que son personas que expresan haber y seguir luchando por salir adelante a pesar las adversidades que han atravesado a lo largo de sus años, y por encontrar la forma de sentirse mejor cada día. Así mismo manifiestan que, a pesar de los años, aún tienen proyectos y metas que alcanzar. Los adultos entrevistados manifiestan que, aunque la etapa en la que se encuentran es una etapa compleja la mayoría no se conforman y quieren seguir emprendiendo retos. Todo esto se evidencia en relatos como:

“sí, yo voy para adelante, Yo espero con fe, amor, no me da impaciencia que lleve un año o más, yo espero” (M.R), “Me gusta luchar y resistir y me encanta todo lo difícil, nada en la vida ha sido fácil, pero eso es lo que vale, luchar por las cosas de la vida, no soy como esos abuelitos o esas personas que son sentados esperando a que les lleven la comida o les hagan las cosas, yo busco la manera y la forma de procurarme las cosas, me hace

feliz perseverar y lograr” (L.E.M), “Ahora sí, porque anteriormente no lo era, pero hoy aprendí a ser perseverante y persistente porque quiero recuperar mi familia y estoy trabajando en eso” (G.G), “Si, a mí me dicen que hay forma de hacer algo y lo hago, porque tengo la disposición y la capacidad de hacer lo que sea para conseguir lo que me propongo” (J.M.A).

6.1.2. Análisis grupo focal

6.1.2.1. Categoría adulto mayor.

Percepciones sobre la etapa de vida en la que se encuentran los adultos mayores

Los adultos mayores entrevistados definen esta etapa de vida como una etapa más de su ciclo vital. En sus respuestas se puede evidenciar que se trata más de una postura personal que cada individuo asume y que es una etapa como cualquier otra que depende más de la manera en que se vive y se piensa. Así mismo, por lo general los entrevistados manifiestan percibir esta etapa como buena, ya que aún pueden seguir teniendo proyectos, sueños y metas en sus vidas. Cabe resaltar, por un lado, la importancia de contar con las necesidades básicas satisfechas, hecho que permite una percepción más positiva de la etapa vital, lo cual se resalta, teniendo en cuenta que es una población vulnerable y que a lo largo de su vida ha carecido incluso de lo básico. Por otro lado, las personas que manifiestan sentirse a gusto con la etapa de vida por la que pasan, además de lo anterior, presentan mejores capacidades físicas y mentales que les posibilita realizar las actividades de la vida diaria y tener mejor disposición para aprender cosas nuevas. Esto se evidencia en los siguientes comentarios de los entrevistados:

“Considero que está es simplemente una nueva etapa de vida, un nuevo proceso que estoy pasando y estar en el hogar no significa que se me acabo la vida... Muchos creemos o creen que por llegar al hogar se nos cabo la vida, pero eso no es así, empezamos una nueva etapa. Por lo tanto, esta etapa de mi vida es excelente, mientras más vivo más quiero vivir, día a día aprendo más y quiero seguir aprendiendo” (L.A.A), “yo me siento bien y muy contento, hago las cosas que tengo que hacer, vivo mi día a día, la alimentación es muy buena y uno debe saber llevar la vida en cada momento, uno se debe comportar bien. Me siento cómodo, tranquilo y relajado en esta etapa de mi vida” (G.A), “es una etapa para aprender como todas las etapas de la vida, quiero seguir aprendiendo

siempre, espero que Dios me ayude en poder seguir siendo como soy, sirviendo a quien lo necesite” (L.E.M).

6.1.2.2. Categoría Institucionalización.

Percepciones sobre como la institución contribuye a la calidad de vida de los adultos mayores

Los adultos mayores perciben que el hecho de estar en la institución contribuye en la percepción positiva de su calidad de vida, pues consideran que ésta les ha aportado elementos necesarios a su dignidad humana, como lo es tener un techo, una adecuada alimentación, servicios públicos, acceso a servicios de salud y a la satisfacción de otras necesidades. Además consideran que el estar en el hogar les otorga un lugar de reconocimiento como seres humanos merecedores de atención, cuidados, afecto y cariño, aspectos con los que la mayoría de estos adultos mayores no contaban debido a su situación de calle, de abandono, exclusión y vulnerabilidad en general, por lo que consideran que en muchos casos, la institución se convierte en un bálsamo con respecto al vacío afectivo que muchos adultos mayores ha sufrido en el transcurso de los últimos años, por lo que consideran que son personas escuchadas y protegidas por parte de los entes de la institución y de sus mismos pares. Esto se evidencia en las siguientes afirmaciones de los adultos mayores como lo son:

“Sí, este lugar es especial... llevo cuatro años acá sin nada que reprochar y mucho que agradecer por todo lo que hacen por mí y por nosotros” (L.E.M), “ yo me siento muy contenta porque yo era una persona muy solitaria, y me siento muy contenta con tantas personas a mi alrededor, me siento segura y protegida, muy querida, siento que me entienden, que me escuchan que me comprenden, este espacio para mi es mi hogar, y vivo muy agradecida” (L.A.A), “si, contribuye mucho a mi calidad de vida, y como no, si todo lo tengo, tengo un hogar especial que nunca había tenido, tengo buena alimentación, tengo cariño, tengo amor de todos, los enfermeros mis compañeros, yo vivo tranquila aquí, aquí estoy con mi esposo que es mi todo, es el amor de mi vida, aquí nos tratan muy bien, ojalá hubiera llegado cinco años atrás” (M.R).

6.1.2.3. Categoría calidad de vida.

Percepción de los adultos mayores sobre calidad de vida

Los adultos mayores consideran que hay muchos aspectos que contribuyen a una buena calidad de vida, en primera instancia, la percepción positiva de calidad de vida para los adultos mayores en cuestión, siempre esta mediada por la satisfacción de las necesidades básicas, teniendo en cuenta que son personas vulnerables, por tanto, el acceso a una buena alimentación, a tener un hogar estable, acceso a servicios públicos y de salud resueltos, entre otros elementos son trascendentales para ellos. En segunda instancia, consideran que la calidad de vida está estrechamente vinculada con una responsabilidad y una postura personal que cada uno decide asumir frente a la vida y frente a las situaciones que se presentan cotidianamente, ya que, según ellos la calidad de vida depende de cada uno a la hora de proponerse pautas de proyecto de vida que les permita mantenerse activos, sentirse útiles e independientes y productivos, ya sea para sí mismos o para otros, aspectos que les posibilita el tener un sentido de existencia positivo. Esto se evidencia en comentarios como:

“Hay muchos aspectos, por ejemplo, del hogar depende la buena alimentación, el saber vivir aquí y de mi persona el trato para dormir, dormir bien” (G.A), “estar uno activo, tratar de hacer algo manualidades, tratar de colaborar con la escoba, de pronto algo para uno mantener la mente ocupada, porque si vengo y me siento todo el día entonces me voy a aburrir, mientras que si yo me mantengo activa mi mente puede evolucionar mejor” (L.A.A), “yo estoy en un hogar donde tenemos todo, al menos yo, tengo todo lo suficiente lo necesario, y gracias a Dios y a ellos tengo la alimentación, medicamento, la organización de mi habitación de la ropa, las amistades y me gusta gracias a Dios la actividad” (L.E.M).

6.1.2.4. Categoría resiliencia.

Aspectos a los que el adulto mayor se ha aferrado y lo han motivado a salir adelante en momentos difíciles

Los adultos mayores participantes hacen alusión en reiteradas ocasiones a los problemas de salud, como una situación de gran malestar y preocupación para ellos, no obstante, hay otros aspectos relevantes a los cuales en el grupo focal no hicieron mención debido a tratarse de asuntos muy personales y de mucha carga emocional para ellos como por ejemplo el abandono y ausencia tanto a nivel afectivo como familiar. Además, como elemento central, resaltan su fe y creencia en Dios, ya que es evidente que es una generación con unas creencias religiosas muy

arraigadas y tradicionalistas propias de la época en la que crecieron, por tanto, dicha fe se ha convertido en un factor que los sostiene, soporta y al cual recurren y se aferran no solo en los momentos y situaciones de mayor dificultad, sino como soporte o parte de su vida diaria, ya que esto les genera tranquilidad y descanso en sus vidas. Finalmente es importante mencionar que la institucionalización, trae consigo cambios y normativas a las cuales los adultos mayores les cuesta en ocasiones adaptarse y que por tanto les genera malestar. Todo esto se sustenta en aportes de los adultos mayores, como los siguientes:

“Pues al principio las reglas, yo estaba enseñada a entrar y salir a la hora que yo quisiera, yo entraba y salía, pero ya me acostumbré y me adapte, me dio muy duro al principio, pero como para todos es una regla todos debemos hacerlo y así logré adaptarme fácil. Además, entendí que lo hacen porque me quieren y se preocupan por mí” (L.A.A), “lo que a mí me da malestar es estar uno enfermo, yo me preocupo por esta enfermedad que tengo, pero también pienso, estoy en manos del Dios vivo y de poder y él me salva, él me sana. Confiar en Dios es lo más importante y si yo solo me dedico a quejarme no hago nada” (M.R).

6.1.3. Cruce de información de entrevistas semiestructurada y grupo focal

Después de realizar un análisis exhaustivo de la información obtenida en el grupo focal y las entrevistas individuales realizadas a los adultos mayores, se evidencian asuntos similares y reiterativos en ambas actividades. Así mismo, se dilucidan temas menos frecuentes o diferenciales que, aunque aparecen en menor medida también resultan significativos para los resultados y temas tenidos en cuenta para la presente investigación.

6.1.3.1. Categoría adulto mayor.

Percepciones de los adultos mayores sobre la etapa de vida en la que se encuentran

Con respecto a la percepción que el adulto mayor tiene frente a su etapa vital y su sentir frente a ella, se puede evidenciar que para los adultos mayores poder percibir como buena la etapa de vida en la que se encuentran, hay dos aspectos básicos y fundamentales; por un lado, el contar con las necesidades básicas satisfechas, como lo son: una buena alimentación, acceso a servicios de salud y públicos, tener un hogar estable, entre otras necesidades. Lo anterior es de suma

importancia para ellos, ya que, como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, los adultos mayores participantes en el estudio en su mayoría son personas con alta vulnerabilidad, es decir, personas con pocas o nulas redes de apoyo familiar y social, precariedad económica, por lo que incluso, algunos de ellos, han tenido que enfrentar situación de calle, sea por abandono familiar, por falta de recursos u otros factores.

Por otro lado, es de suma importancia en los adultos mayores, el contar con un adecuado estado de salud, ya que por lo general en la vejez se empieza a presentar un declive del funcionamiento físico y mental de las personas.

Del mismo modo, se hallaron elementos comunes en los cuales los adultos mayores definen la vejez como una etapa más de la vida, en la que si bien, se tienen ciertas limitaciones, también se tiene un mayor cúmulo de experiencias y en la que aún es posible seguir adquiriendo nuevos aprendizajes y desarrollando nuevas habilidades, siendo evidente que las personas que presentan mejores capacidades físicas y mentales pueden realizar actividades de la vida diaria y tener mejor disposición para nuevos aprendizajes por lo cual, presentan una percepción aún más positiva de la vejez.

No obstante, algunos participantes definen la vejez como una etapa más compleja que las anteriores por varias razones, entre las que se encuentran, el sentirse solos y el hecho de tener que desarrollar formas distintas de realizar sus actividades diarias, y el tener que buscar o aceptar ayuda de otros para llevarlas a cabo. A su vez, los entrevistados definen su etapa vital como un espacio de reflexión y de retrospectiva con respecto de sus experiencias pasadas, lo cual, en muchas ocasiones puede generarles culpas y resentimientos, o por el contrario satisfacción por los logros obtenidos y, en otros casos, esta reflexión posibilita el poder reivindicarse con ellos mismos y con la vida.

Del mismo modo, se constata que los adultos mayores también definen su etapa no solo basándose en el aspecto o condición físico-biológica, sino también, como un estado subjetivo, es decir, como una etapa que es también una actitud y una postura personal. En este sentido, para la mayoría de los entrevistados la vejez es una etapa como cualquier otra que, a pesar de los cambios ligados a ella (deterioro físico y mental), depende en gran medida de cómo se asuma y de la posición que se tome frente a ella. Lo cual les permite seguir teniendo proyectos, sueños y metas en sus vidas.

Por último, hay un aspecto que se expresa sutilmente en las respuestas dadas de los entrevistados y aunque es menos recurrente, se presume desde la teoría y la experiencia, que está latente en ellos, como lo es el miedo a la muerte, debido a la sensación de cercanía con ésta, ya que es normal asociar la vejez con la muerte. Lo anterior se sustenta en las siguientes frases:

“Considero que la vejez es simplemente una nueva etapa de vida, un nuevo proceso que estoy pasando y estar en el hogar no significa que se me acabo la vida... Muchos creemos o creen que por llegar al hogar se nos cabo la vida, pero eso no es así, empezamos una nueva etapa. Por lo tanto, esta etapa de mi vida es excelente, mientras más vivo más quiero vivir, día a día aprendo más y quiero seguir aprendiendo” (L.A.A), “es una etapa para aprender como todas las etapas de la vida, quiero seguir aprendiendo siempre, espero que Dios me ayude en poder seguir siendo como soy, sirviendo a quien lo necesite” (L.E.M), “es normal que uno llegue a la vejez” “me llena de orgullo, ser una adulta mayor que tengo todas las comodidades” (M.R), “Muchos dicen que la vejez es muy triste, pero yo creo que la tristeza la tiene es uno, a mí la vejez no me parece triste, es una experiencia más” (A.M), “Es un ciclo una vida ya encaminada la vida ya no es lo mismo que cuando uno tenía 30 o 40 años, uno con 60 la vida es un poquito más pesada, pero después de que haya salud y alientos se siente uno bien, es otra forma de vivir”(G.A), “Yo soy un viejo que me siento muchacho, a mí no me parece que el tiempo haya pasado” y “yo le tengo miedo a la muerte, me falta todavía mucho trayecto para recorrer, yo estoy bien y sano”(J.M.A).

6.1.3.2. Categoría institucionalización.

Percepciones sobre como la institución contribuye a la calidad de vida de los adultos mayores

Frente al análisis de las respuestas dadas por los adultos mayores, tanto en el grupo focal como en las entrevistas individuales con respecto a la contribución que la institución aporta a su calidad de vida, se hace reiterativo el hecho de que ésta les permite contar con una alimentación adecuada, con acceso a los servicios públicos y de salud, a un techo digno y a tener personas que no solo les brindan cuidados básicos, sino también, que se convierten en una fuente de apoyo, afecto y compañía, con la cual, no contaban antes de su ingreso a la institución, ya que como se ha advertido en otras ocasiones, son personas en situación de vulnerabilidad no solo

material sino también afectiva.

Adicionalmente, es notorio que el estar en el hogar le proporciona reconocimiento y respeto a su dignidad como seres humanos, ya que en este lugar son tratados en la mayoría de los casos con afecto y cariño, en la medida en que se les brinda atención y cuidados, siendo éstos, elementos de los cuales carecían casi por completo, debido a las condiciones de abandono y exclusión a las que estaban expuestos anteriormente. Por lo que, la institución y las personas que la conforman tanto el personal institucional como los pares, proporcionan cierto alivio con respecto a las carencias afectivas y sociales de muchos de estos adultos mayores.

La institucionalización también contribuye a la calidad de vida del adulto mayor, en la medida que se convierte en una oportunidad y un espacio para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, a través de las personas e insumos que la institución les proporciona. Para la mayoría de los adultos mayores la institución representa la posibilidad de una nueva vida, en tanto se constituye en un espacio de reivindicación familiar y social, ya que algunos de ellos por decisiones personales desafortunadas, como el consumo de sustancias psicoactivas, cometieron ciertos errores (como ellos mismo los mencionan) que los arrancaron de su entorno familiar y social, y que los llevaron a terminar en situación de calle. Por ende, la institución se convierte en la posibilidad de retomar o iniciar su proyecto de vida.

Sin embargo, aunque la mayoría de los adultos mayores ve la institucionalización como algo positivo, hay quienes señalan las carencias que trae consigo la misma. En este sentido hacen un reclamo con respecto a la necesidad de una mayor calidad humana, es decir, una atención más afectuosa, cordial, respetuosa y oportuna en los servicios recibidos por parte de la institución. Esto se evidencia en las siguientes afirmaciones de los adultos mayores como:

“Yo me siento muy bien aquí porque estoy con mi esposo, yo aquí tengo todo, la comida, la dormida, buena cama...Tengo calidad de vida porque me llevan al médico, me pagan el taxi, no tengo que pagar nada, tengo la luz, el agua, la alimentación, tengo la comida elegante y muy buena, tengo mis jugos, todo lo tengo” (M.R.), “Esta institución contribuye demasiado en mi calidad de vida ya que hay aspectos como por ejemplo: no dormir en la calle, de tener un hogar, mejor dicho en todos los aspectos porque se me arreglo en un ciento por ciento mi vida...estar aquí me ha hecho una persona nueva, ya

que anteriormente yo no pensaba sino en consumir droga en el vicio, ahora pienso distinto y gracias a que me trajeron aquí puede estar tranquila mi vida y mucho mejor”(G.G), “las atenciones de aquí, aunque sea malas las comparaciones, no las tienen ni las hermanas de uno, ni la mujer, no creo que se preocupen tanto” (A.M), “No solo necesitamos comida sino que necesitamos comida hecha con amor” (J.M.A), “se necesita de ese carisma y esa calidad humana para que nos entiendan”(L.A.A), “yo me siento muy contenta porque yo era una persona muy solitaria, y me siento muy contenta con tantas personas a mi alrededor, me siento segura y protegida, muy querida, siento que me entienden, que me escuchan que me comprenden, este espacio para mi es mi hogar, y vivo muy agradecida” (L.A.A).

6.1.3.3. Categoría calidad de vida.

Incidencias del Estado, la familia, las instituciones y los pares en la calidad de vida de los adultos mayores

En las respuestas obtenidas tanto en el grupo focal como en las entrevistas individuales realizadas a los adultos mayores, se evidencia que éstos consideran que hay diversos aspectos que contribuyen a una buena calidad de vida. Por ello, manifiestan que, en primer lugar, su calidad de vida está mediada por un asunto que para ellos es incisivo y que se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas y el adecuado estado de salud. En segundo lugar, consideran que la calidad de vida está íntimamente relacionada con la responsabilidad y postura personal que cada uno decide asumir frente a la vida y las situaciones que ésta trae consigo, ya que dicha postura permite o impide la realización de un proyecto de vida, que a su vez les permita mantenerse activos, sentirse útiles, independientes y productivos, ya sea para sí mismos o para otros, aspectos que les posibilita un sentido de existencia positivo.

Como resultado de los análisis se puede observar, que hay aspectos de la calidad de vida que los adultos mayores consideran que son competencia de otros actores distintos a sí mismos, como lo son: el Estado, la familia, la institución y sus pares, y otros aspectos que consideran dependen exclusivamente ellos.

En cuanto a lo concerniente a la familia, los participantes del estudio manifiestan, que, en su mayoría, éstas no aportan positivamente a su calidad de vida, debido a que ellas deberían ser y proporcionar un entorno protector que brinda afecto, apoyo, cariño, cuidados y compañía, con lo

cual podrían contribuir a un sentido de existencia positivo para ellos, ya que éstos expresan sentirse solos, excluidos abandonados y marginados por parte de sus seres queridos.

Es notorio, que la situación anterior en esta población se exagera debido a que estos adultos mayores no cuentan en su mayoría con una red de apoyo familiar y social externa a la institución, lo cual es un síntoma común en la sociedad actual, en la cual, el adulto mayor es desvinculado de su núcleo familiar por diversas razones, entre ellas: la falta de tiempo, de interés, de posibilidades económicas, o condiciones de deterioro de la salud, que permitan a las familias, brindar al adulto mayor los cuidados que éste necesita o requiere. Sumado a esto, hay una percepción o estereotipo social, en la que se considera al adulto mayor como no productivo y por ende como una carga a nivel familiar y social.

Por otra parte, en lo que al Estado se refiere, la población de adultos mayores entrevistados advierte, que éste es fundamental, debido a que en la etapa y situación en la que se encuentran es el Estado, quien les brinda un espacio para la satisfacción de sus necesidades vitales. Del mismo modo, les proporciona espacios en los que pueden sentirse activos, aprender, desarrollar y/o reforzar habilidades personales y sociales. Empero, hay quienes consideran que más allá de suplir sus necesidades, el Estado tendría más bien que brindarles mayores oportunidades y posibilidades, de modo que les permita continuar siendo personas productivas e independientes, ya que algunos de los adultos mayores se consideran personas capaces de responder por sí mismas, y en muchos casos, ellos conservan las habilidades físicas y mentales para hacerlo, sin embargo no lo hacen, ya que se sienten excluidos a nivel social, principalmente por su edad, aspectos que traen consigo un sentido de inutilidad y fracaso, que hace que estas personas en vez de sentirse protegidos o apoyados por el Estado, se sientan una carga social.

En cuanto a los pares y su incidencia en la calidad de vida de los adultos mayores, los participantes consideran que éstos juegan un papel muy importante, en la medida en que se convierten en una fuente de apoyo, cariño y acompañamiento en la institución. Además, los adultos mayores encuentran en sus pares un consuelo y una identificación, no solo con sus actuales condiciones de vida sino con las experiencias de vida previas, que cada uno de ellos trae consigo y comparte con los demás. Lo anterior se refleja en los siguientes comentarios de los adultos mayores investigados:

“De mi familia la verdad dependería una mayor compañía, estar cerca de mí y no lo hacen...en cuanto a los otros adultos mayores la compañía es fundamental, así sea para uno enojarse, la convivencia es muy importante, para uno poder disfrutar el tiempo con ellos” (G,G), “ De mi familia que me brindaran compañía, que dicha que vinieran mis hijos o la señora y se preocuparan por mí, aunque eso no va allegar a suceder, tener más apoyo, que me den moral...sin embargo la calidad de vida no depende de otros, eso depende es del comportamiento de uno mismo” (A.M),“ para mí el Estado hace el que yo esté aquí en este hogar, en él sea que está pagando mi estadía aquí, el que nos da el alimento, estar pendiente de nosotros y que no tengamos ningún accidente, cuando ellos vienen a expresar su cariño y colaboración con nosotras, eso es algo hermoso que hace el estado con nosotros”(A.A.V), “El Estado no tiene responsabilidad con uno, lo que hace lo hace voluntariamente, la obligación es personal. Pero si el Estado me dice, usted que sabe hacer que conocimientos tiene, yo le digo, deme una carreta con frutas y legumbres que yo con eso pago arriendo, vivo y soy capaz de llevar un hogar (oportunidades e independencia) y no necesitaría que me tuvieran aquí...el bienestar depende de uno, pero todos los seres humanos necesitamos de alguien por el afecto y el apoyo” (J.M.A).

Aspectos de la calidad de vida de los que los adultos mayores se consideran responsables

En cuanto a los aspectos de la calidad de vida que conciernen exclusivamente a los adultos mayores, señalan en rasgos generales el hecho de tener una buena salud, entendiendo que, aunque no se elige enfermarse, si se elige mantener hábitos de vida que permitan conservar un mejor estado de salud, que posibilite mayor autosuficiencia, autonomía e independencia para el adulto mayor, que les permita sentirse útiles y mejor con ellos mismos y con los demás. De este modo, en cuanto a los aspectos de calidad de vida que dependen de ellos (y de contar con las capacidades necesarias), resaltan la importancia de mantenerse en buenas condiciones, lo cual implica mantenerse limpios y presentables, enfatizando el aseo personal y el autocuidado. Con respecto a esto, también señalan la importancia de mantenerse activos, ocupar la mente, estar dispuesto a prender y esforzarse para seguir contando con autonomía e independencia.

Otro aspecto al que aluden y que para ellos es fundamental, es la forma en que cada uno de ellos asume su propia responsabilidad en el manejo de su vida. Es decir, que resaltan que tener una buena calidad de vida depende en gran medida de la actitud que se toma frente a la vida, las

situaciones y las personas, ya que esto posibilita o impide la consecución de la paz y la tranquilidad interior que ellos tanto anhelan. Lo mencionado anteriormente, se refleja en las siguientes construcciones de los adultos mayores, objeto de estudio:

“Si tenemos la oportunidad de hacer un favor hacerlo todo eso me hace sentir bien conmigo mismo, porque esa es la vida servirnos los unos a los otros, me encanta mucho la calidad de vida, la buena alimentación, no estar enfermo es calidad de vida, el cuidado personal, eso es lo más bueno de la vida... tener buenos pensamientos realizar buenas obras, mantenerme activo, servir y ser útil a los demás. Tener buenas amistades, cuidarlas ya que hacen que mi vida sea mejor, son bendiciones de Dios ”(L.E.M), “La tranquilidad, la paz, la paz espiritual, tener fe, creer en dios que el todo lo puede, tener mi mente en paz, no tener remordimiento, el alma tranquila...Para yo estar bien yo tengo que saber comportarme, yo tengo que estar bien, tratar bien a las personas, llevar una vida honesta y buena”(M.R), “mis talentos y ocupaciones me hacen sentir útil y feliz y sobre todo me hacen sentir bien porque con ellos puedo ayudar a la gente y ver que la gente se pone feliz eso me hace feliz...de mi dependen muchas cosas, por ejemplo, el aseo personal, el mantenerme bien presentado, bien físicamente y aunque hago poco ejercicio el hecho de estar de aquí para allá, coger naranjas y todo lo que hago, son cosas que me mantiene activo, querer estudiar ya que aquí no dan esa opción, saber buscar ayuda cuando uno se siente mal y para eso las tenemos a ustedes, por si uno se siente aburrido o triste” (G.G), “De mí mismo depende de no mortificame por tanta pendejada que piensa uno, no tener discordias con nadie yo le pido a mi Dios que me ayude a ser tolerante con los otros, el comportamiento de uno es el que hace que uno pueda estar bien” (A.M), “Del comportamiento mío personal, preocuparme por mí mismo, no estar pensando por ejemplo en que me voy a caer, porque me caigo (ser positivo), contribuir uno mismo para sobrevivir, de uno depende casi todo, en lo principal es en el dialogo con los otros, eso depende de uno mismo” (G.A), “Mantener ocupada mi mente y Mantenerme bien, bonita, limpia, agradable...estar uno activo, tratar de hacer algo manualidades, tratar de colaborar con la escoba, de pronto algo para uno mantener la mente ocupada, porque si vengo y me siento todo el día entonces me voy a aburrir, mientras que si yo me mantengo activa mi mente puede evolucionar mejor”(L.A.A).

6.1.3.4. Categoría resiliencia.

Situaciones que le generan malestar en el adulto mayor y aspectos a los que el adulto mayor se aferrado y lo han motivado a salir adelante en momentos difíciles

Al analizar las entrevistas individuales y el grupo focal se hallaron aspectos comunes en las respuestas dadas por lo adultos mayores en ambas actividades. En este sentido, un aspecto importante y que genera gran malestar o preocupación es el concerniente a la salud, ya que el estar enfermo implica para ellos la pérdida de autonomía, lo cual trae consigo, en muchos casos, la imposibilidad de realizar las actividades básicas diarias, el sentirse inactivos, inútiles, una carga para otros que en ocasiones brindan la ayuda de forma adecuada, afectuosa y oportuna, o por el contrario, pueden prestar una atención precaria frente a las atenciones requeridas por el adulto mayor, generándole malestar y/o frustración.

Por otro lado, un aspecto neurálgico para el adulto mayor es la soledad que siente con respecto a la ausencia y abandono de las personas de su entorno social y en especial el familiar, ya que el hecho de ser abandonados por estas personas significativas los hace sentirse poco valorados e incluso no merecedores de afecto y cuidados, lo que finalmente les genera en muchas ocasiones un sinsentido para su vida. Finalmente, es importante mencionar que la institucionalización trae consigo cambios y normativas; además, implica la convivencia con otra cantidad de personas con diferentes creencias, costumbres y gustos a las cuales los adultos mayores les cuesta en ocasiones adaptarse y que por tanto les genera malestar.

Frente a las situaciones mencionadas anteriormente, los adultos mayores manifiestan que hay aspectos o elementos en los cuales ellos han encontrado una manera de sostenerse, soportar, motivarse y en muchos casos superar las situaciones difíciles por las que han atravesado, y por tanto han conseguido seguir adelante con sus vidas. En este sentido hacen alusión, en primer lugar, a su fe y creencia en Dios, no solo en los momentos difíciles, sino como soporte principal en su diario vivir.

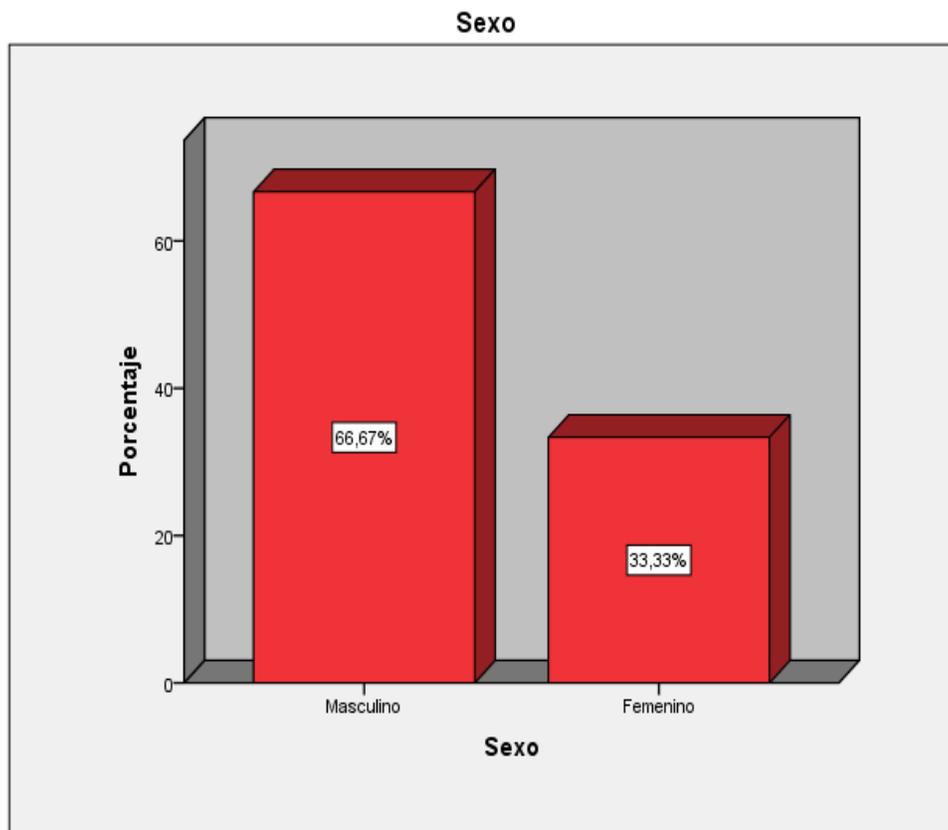
Adicional a esto, para el adulto mayor es primordial el contar con las personas que le rodean, como las personas de la institución encargadas de sus cuidados y sus pares, los cuales, se convierten en un apoyo esencial para seguir adelante, en la medida que les proporcionan, además de las atenciones requeridas cariño, afecto, y compañía. Finalmente, sus vivencias positivas pasadas siguen siendo para ellos un motor y un aliciente para continuar en algunas ocasiones,

trazándose metas para su proyecto de vida. Lo anterior se puede constatar en comentarios como:

“Pues al principio las reglas, yo estaba enseñada a entrar y salir a la hora que yo quisiera, yo entraba y salía, pero ya me acostumbré y me adapte, me dio muy duro al principio, pero como para todos es una regla todos debemos hacerlo y así logré adaptarme fácil. Además, entendí que lo hacen porque me quieren y se preocupan por mí” (L.A.A), “lo que a mí me da malestar es estar uno enfermo, yo me preocupo por esta enfermedad que tengo, pero también pienso, estoy en manos del Dios vivo y de poder y él me salva, él me sana. Confiar en Dios es lo más importante y si yo solo me dedico a quejarme no hago nada” (M.R), “Me he aferrado mucho a las personitas que nos atienden, siento como si fueran mis hijos, los espero con alegría, me apego a las personas porque de ellos dependen mucho nuestra estabilidad” (L.A.A), “me motiva la oración, la meditación, leer, buscar la persona más adecuada para que venga y me ayude”(A.A.V), “La resignación y el agradecimiento con Dios y con otras personas alrededor de uno, para mí son primordiales” (A.M), “Cuando tengo harta necesidad, recuerdo que he tenido de sobra” (J.M.A).

6.2. Análisis de Información Cuantitativa:

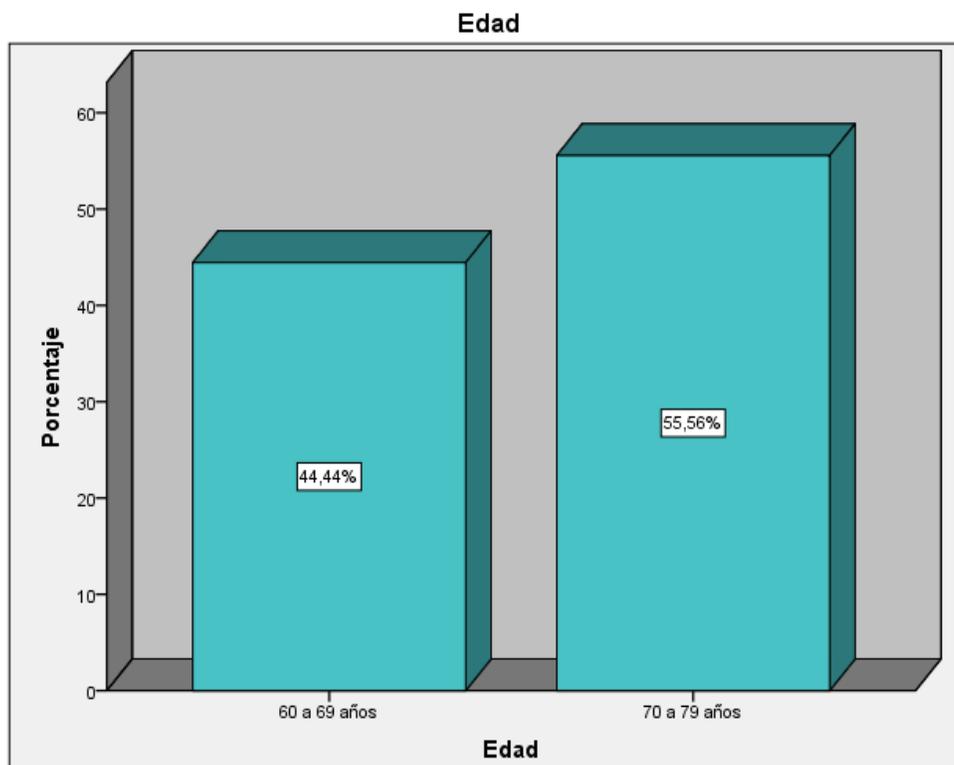
6.2.1. Análisis descriptivo de información sociodemográfica



6.2.1.1. Grafica 1. *Sexo de la población objeto de estudio.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

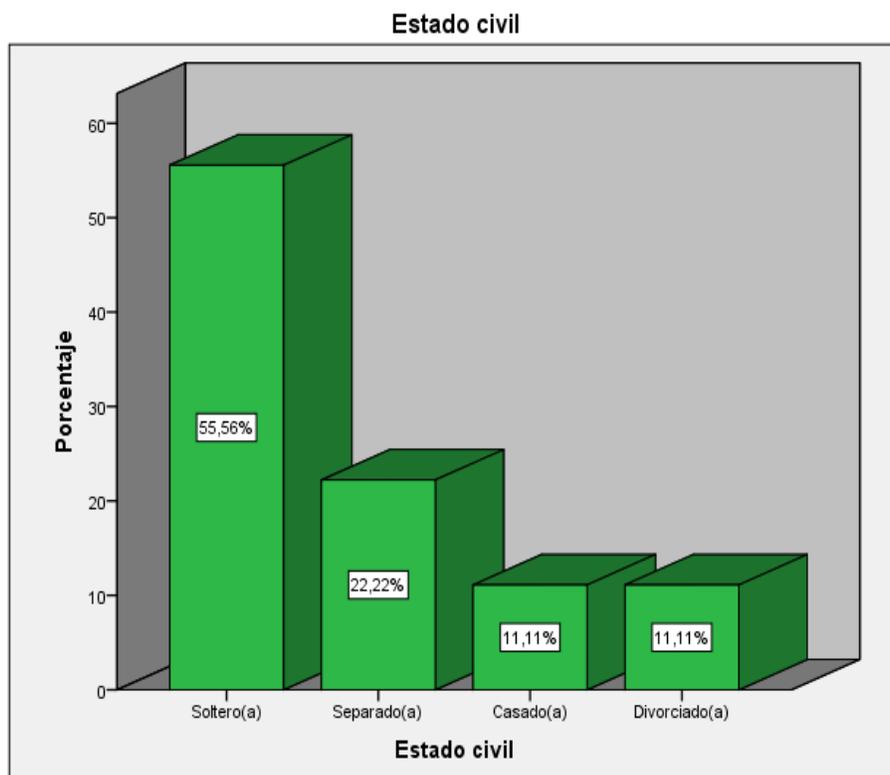
La gráfica evidencia que la mayoría de la población participante del estudio es de sexo masculino con un equivalente al 66.6% de la muestra, con respecto a un 33.3% de participación femenina. La tendencia masculina es mayor debido a que entre la población que cumplió los criterios de inclusión-exclusión, era en su mayoría de sexo masculino, sumado, al hecho de que el universo poblacional de la institución elegida tiene como característica, que está conformada en su mayoría por hombres.



6.2.1.2. Gráfica 2. *Edad de la población objeto de estudio.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

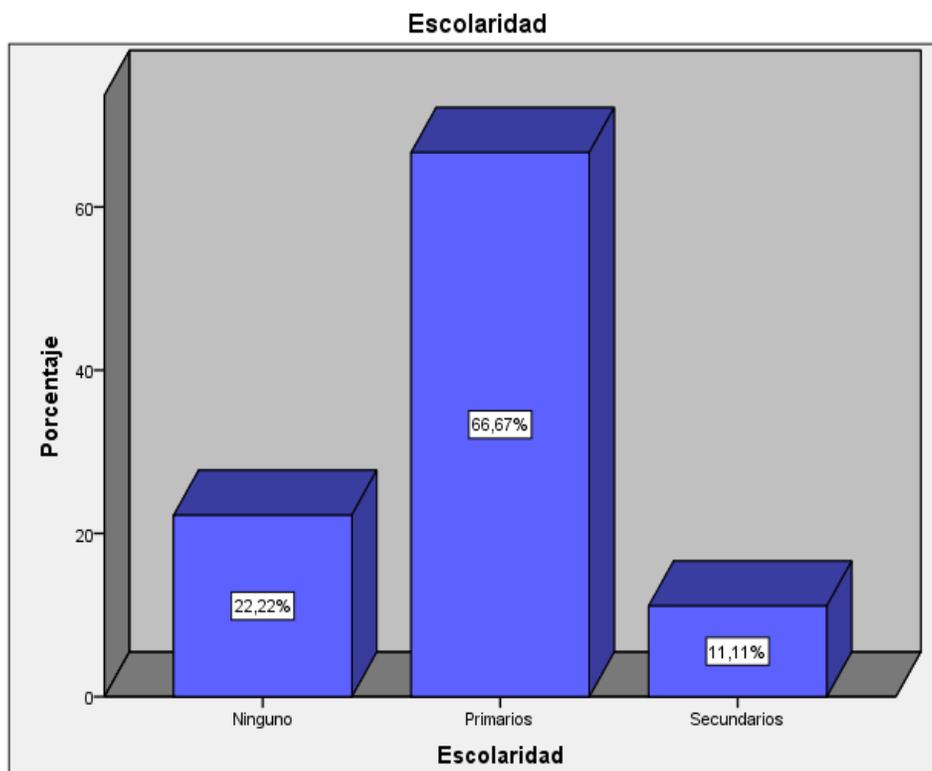
El gráfico muestra, que la mayoría de la población investigada oscila entre los 70 a 79 años con un 55.56%, mientras que el 44.44% restante se encuentra en un rango de edad que comprende entre los 60 a 69 años. Se observa que la tendencia en la muestra elegida, es hacia el grupo de mayor edad y con un rango de una década de diferencia entre las dos tendencias identificadas.



6.2.1.3. Grafica 3. Estado civil de la población objeto de estudio.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

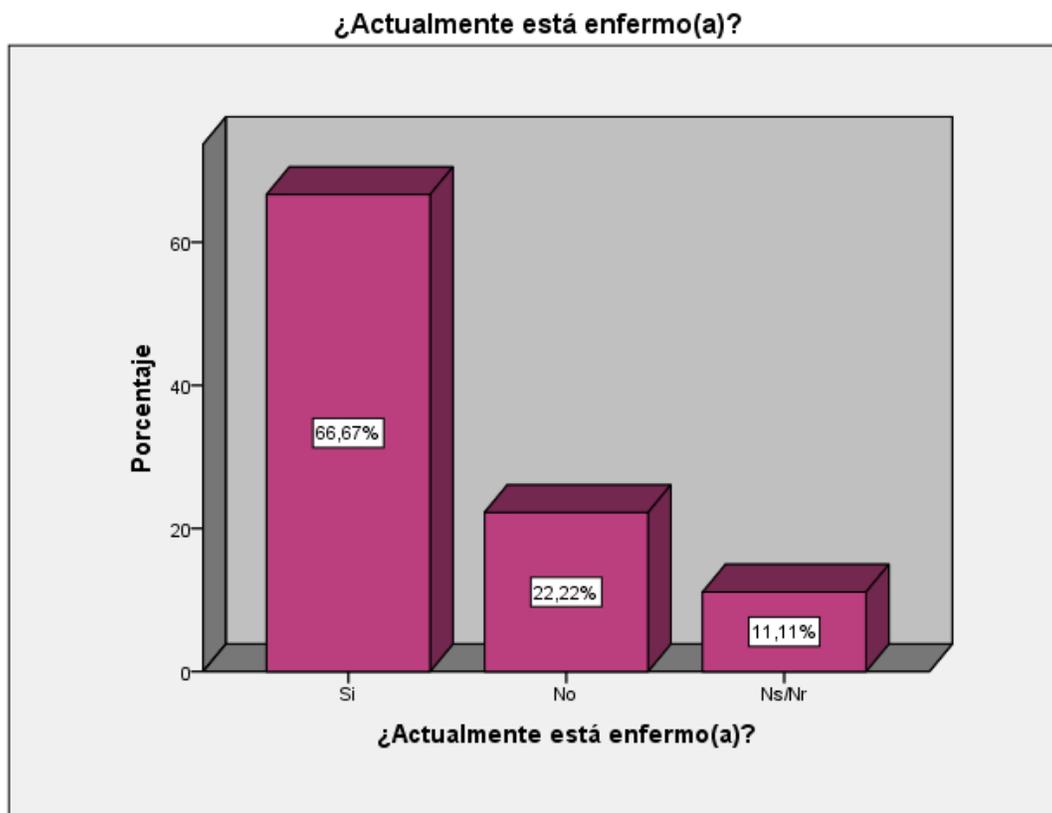
La gráfica refleja que solo un 11.1% de la población estudiada se encuentra casada, es decir que solo 1 de cada 9 adultos mayores se encuentra casado, mientras que la mayoría con un 55.5% se encuentran solteros, lo que equivale a 5 de cada 9 adultos mayores. Finalmente, el 22.22% están separados y solo uno de cada 9 se encuentra divorciado. Esto refleja en alguna medida, la información obtenida con los instrumentos cualitativos, en los que se evidencia la falta de redes de apoyo familiar y social, incluidas la relación de pareja.



6.2.1.4. Grafica 4. Escolaridad de la población objeto de estudio.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

El gráfico muestra que la mayoría de los adultos mayores alcanzaron únicamente estudios primarios, con un equivalente al 66.7% del total de la población investigada, así mismo, se evidencia que solo 1 de cada 9 personas alcanzó estudios secundarios, mientras que 2 de cada 9 no realizó ningún tipo de estudio. Estos datos corroboran la información obtenida en el acercamiento a la población, en la que principalmente, por motivos sociales y culturales de la época en que crecieron los adultos mayores, el acceso a la educación era limitado y no se consideraba un requisito esencial para acceder al ámbito laboral o productivo, el cual era prioritario.

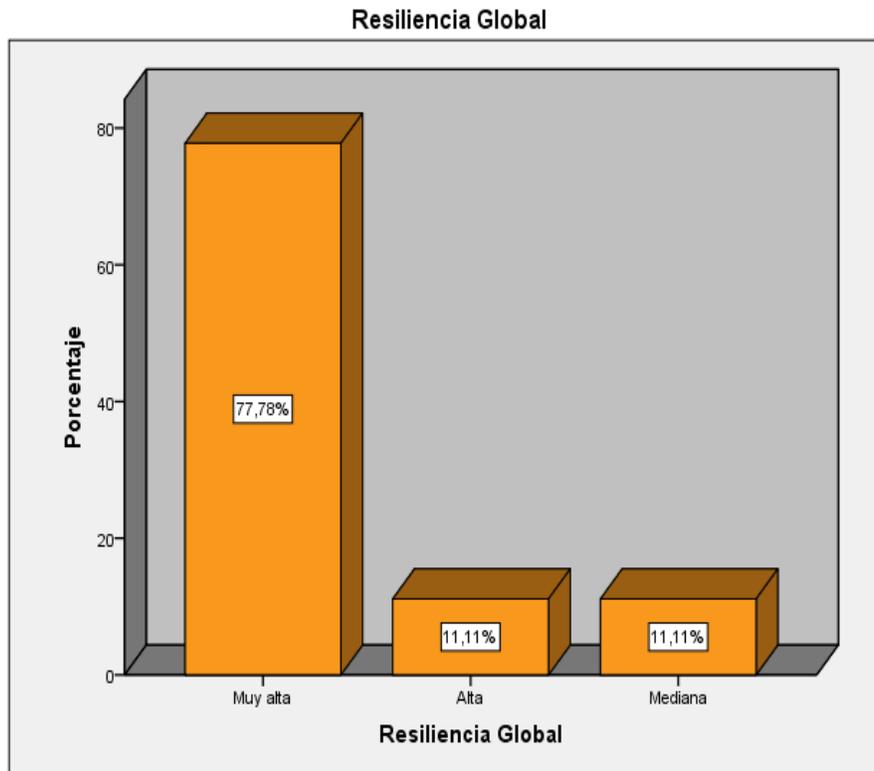


6.2.1.5. Grafica 5. Estado de enfermedad de la población objeto de estudio.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

En la presente gráfica se refleja que, de la población estudiada, 6 de cada 9 personas manifiesta tener algún tipo de enfermedad con un 66.67%, mientras, que 2 de cada 9 personas con un 22.22% dicen no sufrir algún tipo de enfermedad. Finalmente 1 de cada 9, con un 11.11% de los participantes investigados no responde al respecto. Estos datos reflejan lo hallado en la información obtenida con los instrumentos cualitativos, en los que los adultos mayores manifiestan, que una de sus mayores preocupaciones y situaciones que les genera malestar es su estado de salud, ya que expresan estar y/o sentirse enfermos.

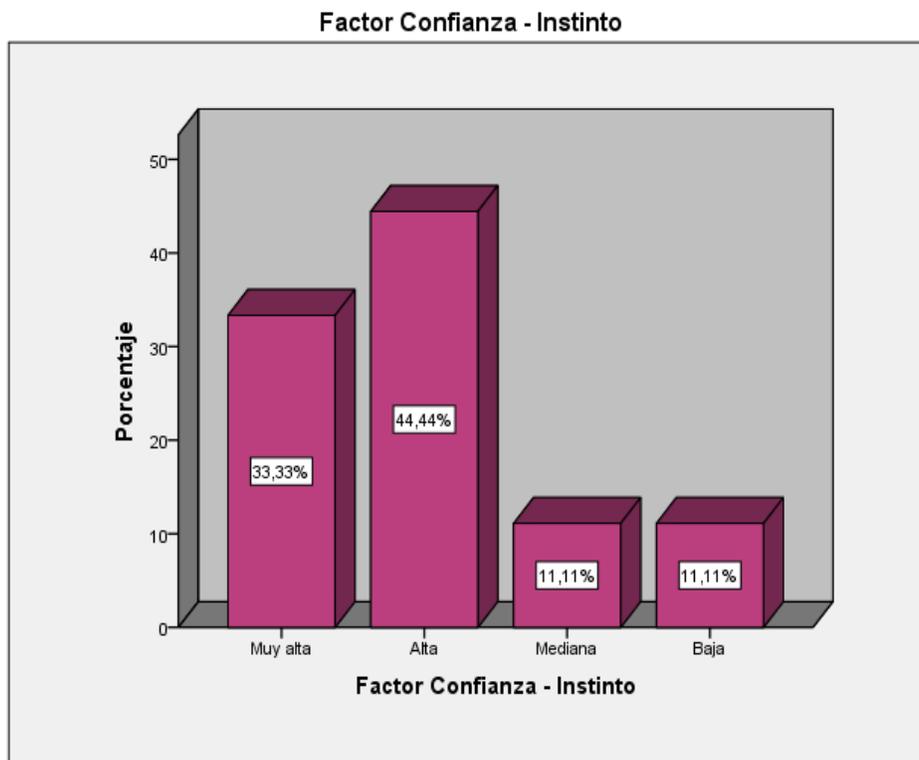
6.2.2. Análisis descriptivo de la información de la escala de resiliencia CD-RISC



6.2.2.1. Grafica 6. Resiliencia Global de la población objeto de estudio.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC.

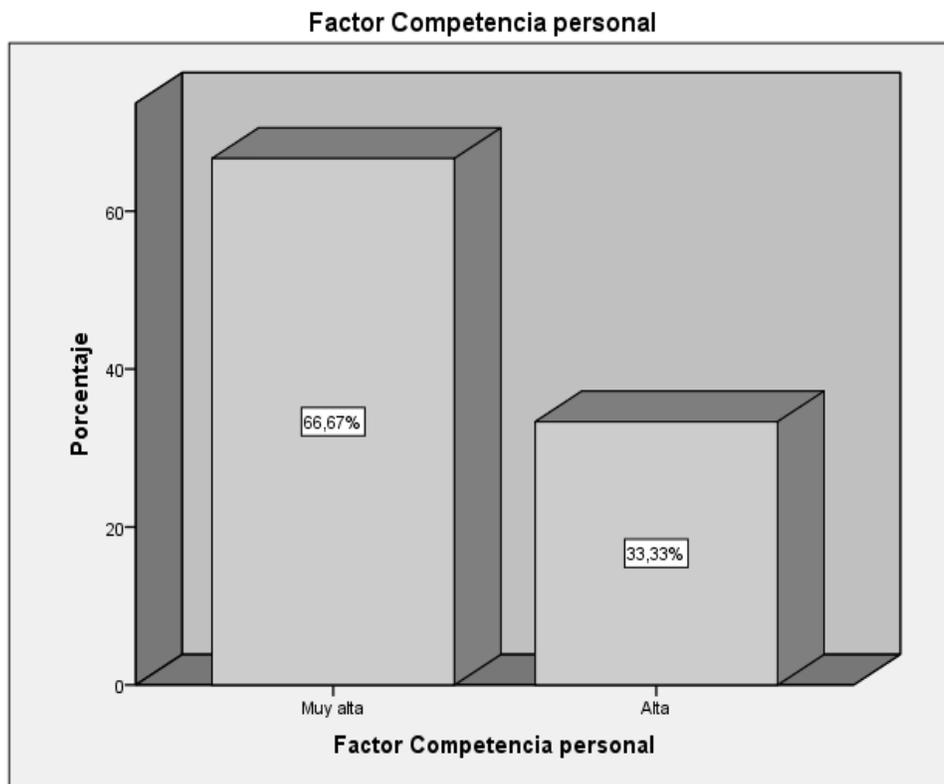
La gráfica muestra que, en la población estudiada, 7 de cada 9 adultos mayores tiende a tener una muy alta resiliencia, con un porcentaje de 77.78%, mientras que el 11.11% equivalente a 1 de cada 9 personas tiende a tener una alta resiliencia. Igualmente se evidencia que 1 de cada 9 personas tiene una mediana resiliencia. Llama la atención los altos índices de resiliencia, que en su mayoría puntúan entre alto y muy alto lo cual se puede relacionar (lo que hace suponer y se relaciona) con el hecho de que han sido personas que han aprendido a travesar situaciones difíciles, como se pudo evidenciar en la información suministrada por los adultos mayores en las entrevistas y grupo focal.



6.2.2.2. Grafica 7. Factor Confianza-Instinto de la población objeto de estudio.

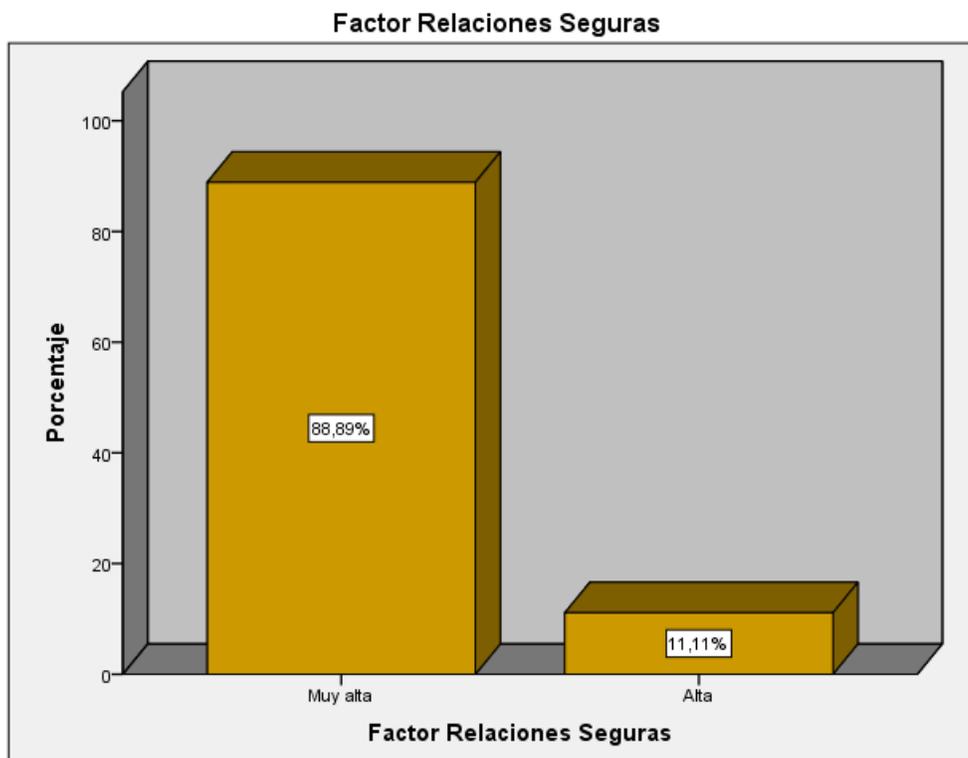
Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC.

La gráfica muestra que, de la población estudiada 7 de cada 9 adultos mayores tiende a tener una puntuación entre alta y muy alta con un 77, 77% con respecto al factor confianza-instinto como componente de la resiliencia, mientras que 1 de cada 9 participantes tiende a tener en el factor confianza-instinto una puntuación mediana con 11.11%, porcentaje que se repite con respecto a quienes tienden a tener una baja resiliencia. Es de notar, que a diferencia de los otros factores evaluados de resiliencia, en los que se presentan puntuaciones únicamente tendientes a lo positivo, en este factor confianza instinto, se ve una leve aparición de una calificación media y baja, apareciendo así, una sutil tendencia hacia lo negativo, que se acerca a la realidad reflejada por los adultos mayores en su diario vivir y que ha sido evidenciada en la interacción con dicha población, no solo por la investigación sino por el trabajo de práctica profesional realizado con la misma.



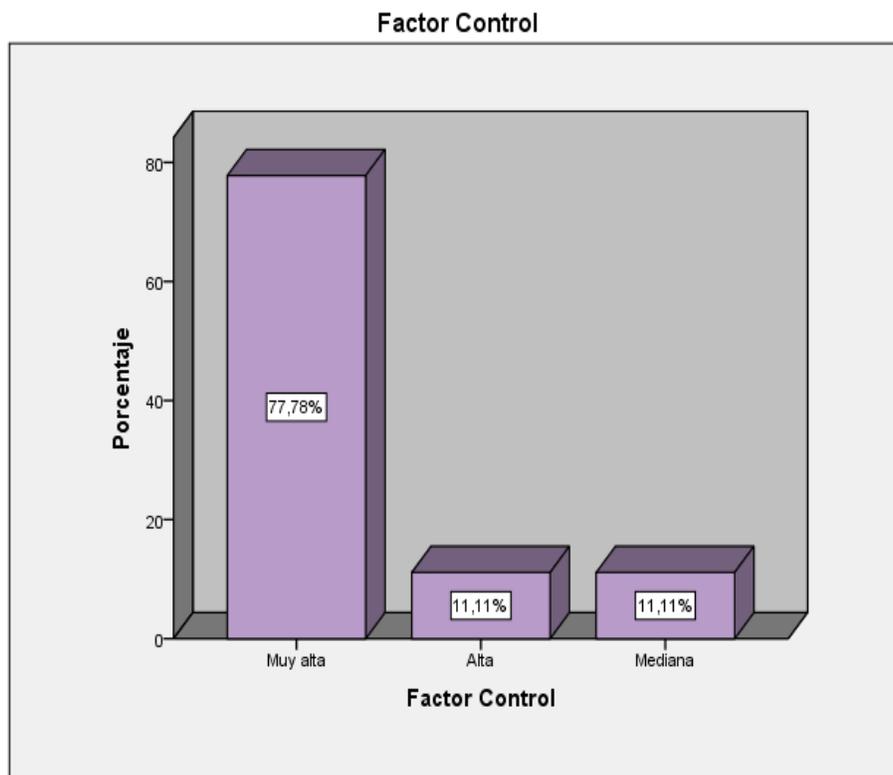
6.2.2.3. Grafica 8. *Factor Competencia personal de la población objeto de estudio.*
Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC.

Con respecto a la resiliencia, la gráfica muestra que 6 de cada 9 personas tienen una tendencia muy alta en el factor de competencia personal con un 66.67% de la población investigada, mientras que el restante de la población con un 33.33% presentan una puntuación de competencia personal alta, es decir, 3 de cada 9 personas investigadas. Es curioso que no haya puntuaciones medias o bajas en este factor y que los adultos mayores en su totalidad puntúen entre los rangos alto y muy alto.



6.2.2.4. Grafica 9. *Factor Relaciones Seguras de la población objeto de estudio.*
Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC.

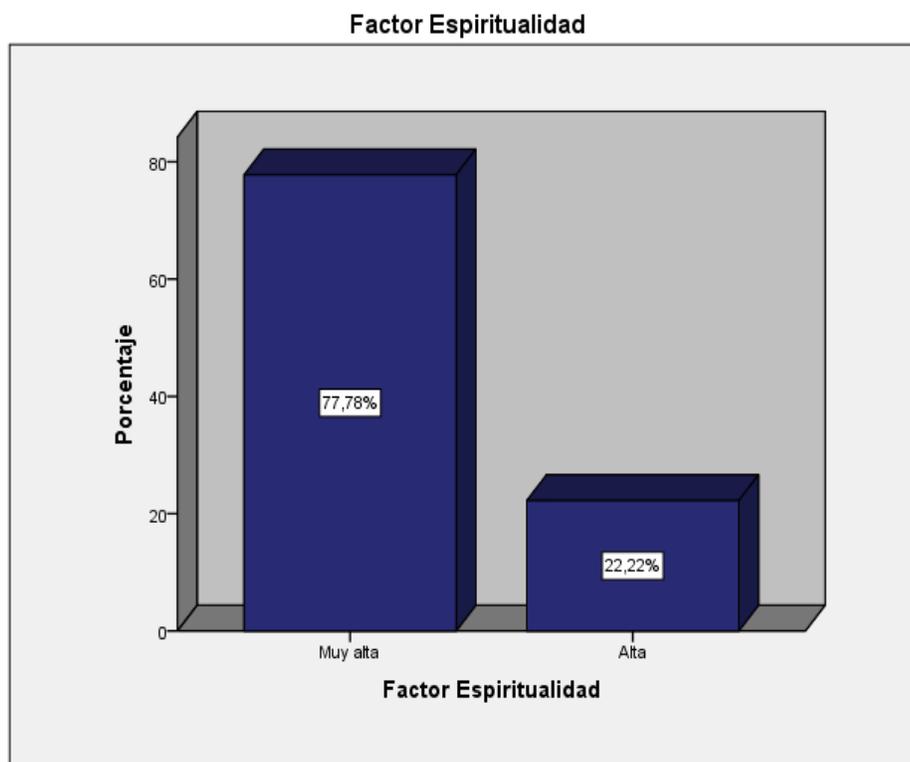
Con respecto al factor relaciones seguras, se evidencia en la gráfica una prevalencia muy alta del mismo, con un 88.89%, lo que equivale a 8 de cada 9 participantes, además, 1 de cada 9 participantes tiene una puntuación alta en el mismo factor, con un 11.11%. Es curioso y contradictorio, el hecho de que el total de la población participante arroje resultados en este ítem en el que sus puntuaciones son de alta y muy alta, teniendo en cuenta la situación de abandono familiar y afectivo en la que se encuentran y a la cual se refieren constantemente en las entrevistas y grupo focal, como situaciones problemáticas para su vida y que les genera malestar. Se puede inferir que este aspecto puntúa positivo, en la medida en que los adultos mayores manifiestan la importancia de sus relaciones actuales en la institución en la que se encuentran, tanto con las personas que les brindan los cuidados y atenciones necesarias, como con los demás adultos mayores.



6.2.2.5. Grafica 10. Factor Control de la población objeto de estudio.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC.

Con respecto al factor control de resiliencia, se evidencia una gran prevalencia de éste a puntuaciones altas en la población estudiada. La gráfica refleja una puntuación muy alta en el factor control con 77.78%, que comprende a 7 de cada 9 personas. Por otro lado, se muestra que 1 de cada 9 participantes del estudio, puntúa alto en el mismo factor con un 11.11%, porcentaje que se repite en quienes obtienen una puntuación mediana en el mismo factor.

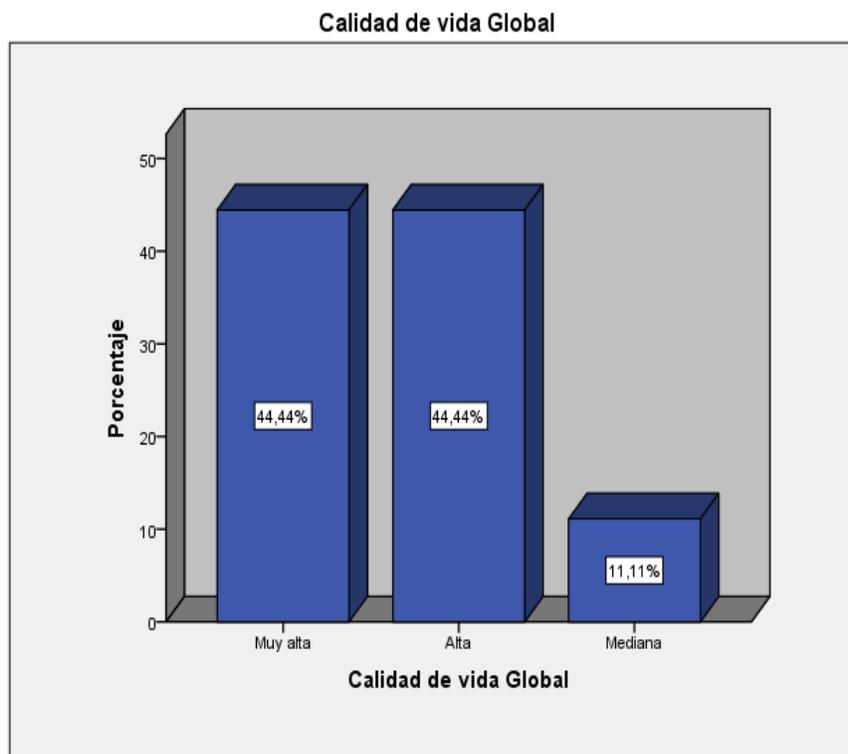


6.2.2.6. Grafica 11. *Factor Espiritualidad de la población objeto de estudio.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC.

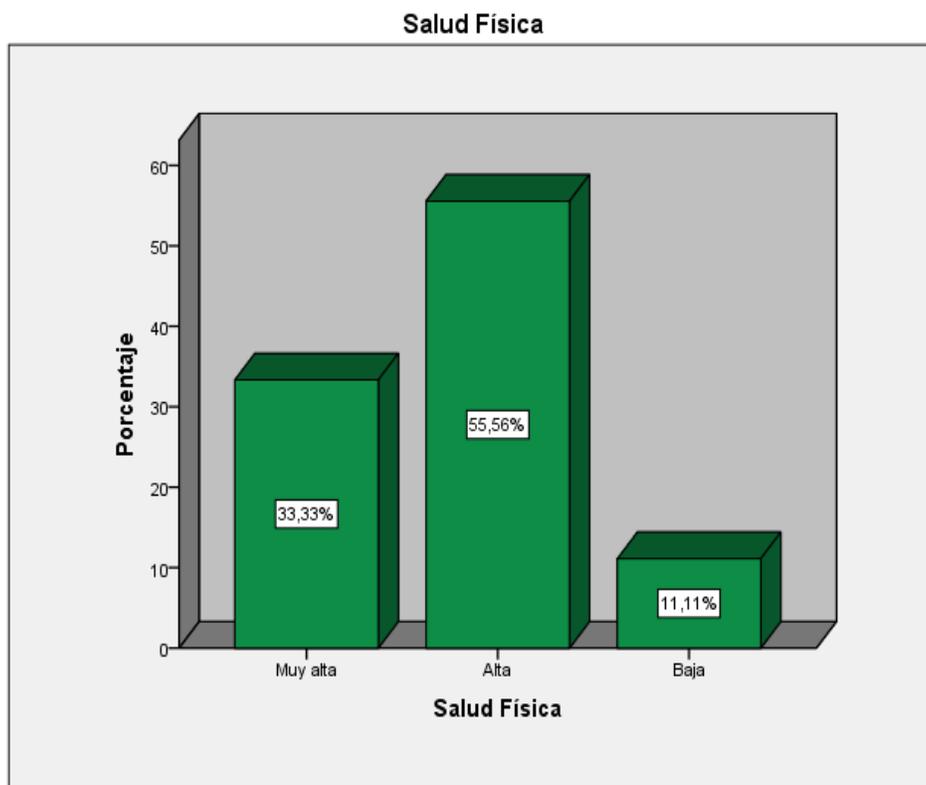
Se evidencia en la gráfica que hay una prevalencia muy alta del factor espiritualidad en la población estudiada, en la que se refleja una puntuación muy alta con un porcentaje de 77.78%, que equivale a 7 de cada 9 personas investigadas; mientras 2 de cada 9 participantes presentan una puntuación en espiritualidad como alta con 22.22%. Los resultados obtenidos en este factor eran predecibles, no solo, en la medida en que la población estudiada a lo largo de sus testimonios manifestó su fe y creencia en Dios, como un aspecto indispensable e inherente de su vida, sino por el hecho de ser una población de una época con valores y creencias religiosas muy arraigadas.

6.2.3. Análisis descriptivo de la información del cuestionario de calidad e vida de la OMS WHOQOL-BREF



6.2.3.1. Grafica 12. Calidad de Vida Global de la población objeto de estudio.
Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación del Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

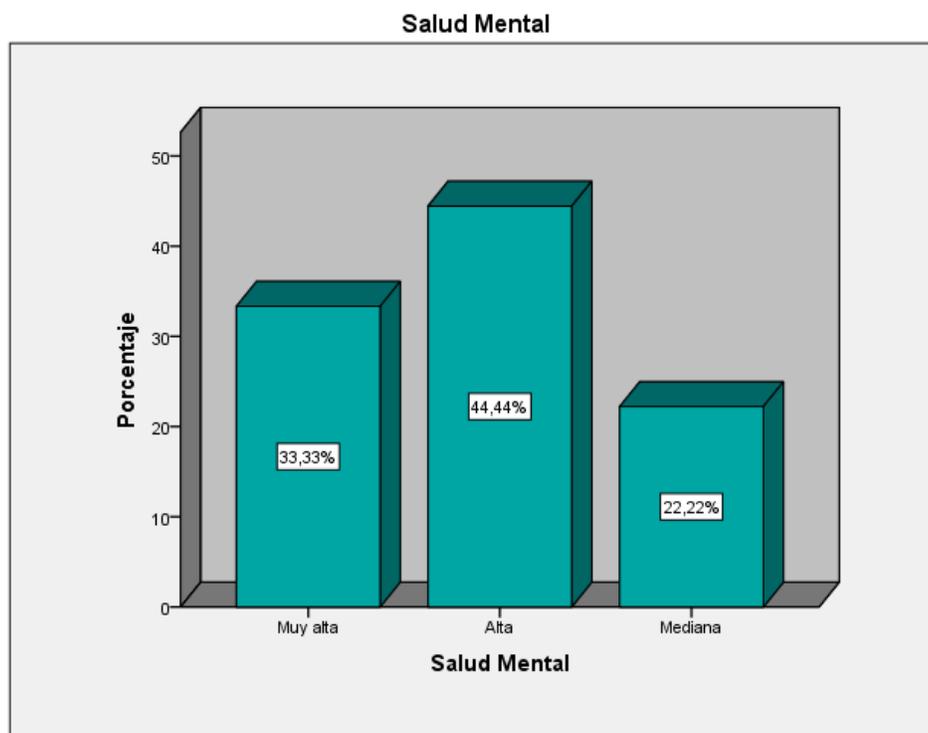
La gráfica evidencia, que de la población estudiada 8 de cada 9 personas perciben tener una calidad de vida con una puntuación entre alta y muy alta, lo cual, representa un 88.88%, mientras que 1 de cada 9 participantes percibe tener una mediana calidad de vida, lo que, se representa con un 11.11% de la población. Esto refleja lo hallado con los instrumentos cualitativos, en los cuales los adultos mayores, debido a la situación de abandono y vulnerabilidad que éstos enfrentaban antes de llegar a la institución, ponen como elemento central para su calidad de vida, la satisfacción de sus necesidades básicas y el acceso a la salud, aspectos con los que ahora cuentan. Elementos que se infiere, influyen de forma importante en la percepción positiva de calidad de vida que tienen los adultos mayores, por lo que se intuye, dejan de lado otros aspectos relevantes a la hora de calificar objetivamente su calidad de vida.



6.2.3.2. Grafica 13. Salud Física de la población objeto de estudio.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación del Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

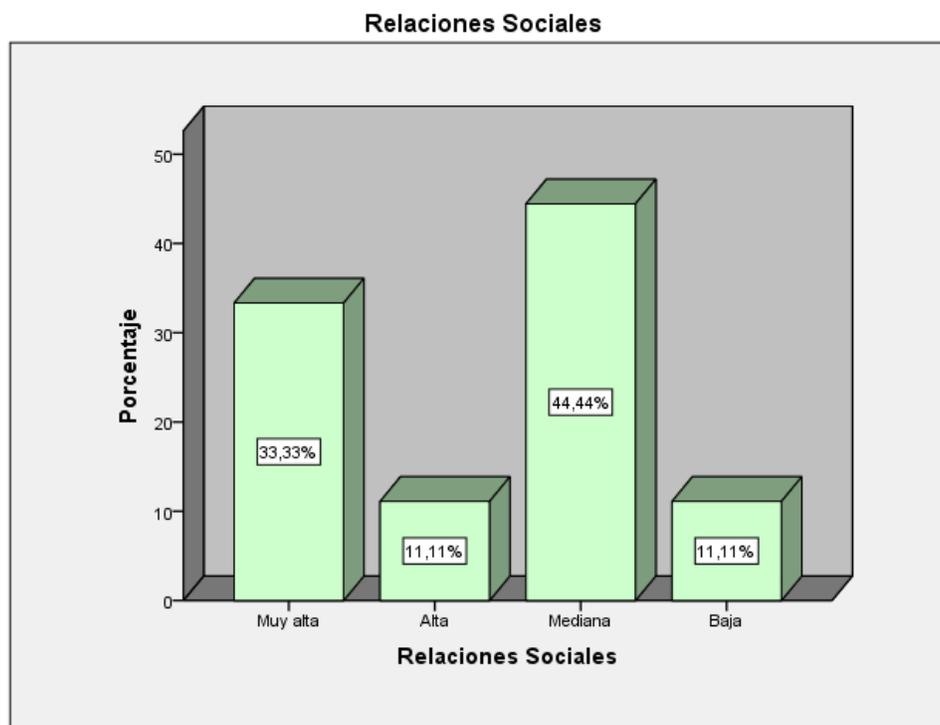
La gráfica muestra, que la población estudiada en un 55.56% percibe tener una alta salud física, mientras que el 33.33% de la población percibe tener una muy buena salud física, puntuando como muy alta en la misma. Finalmente se evidencia, que solo un 11.11% no percibe un óptimo estado de salud, por lo cual la puntúa la salud física como baja. Estos datos son contradictorios con respecto a la información sociodemográfica obtenida al inicio de las pruebas cuantitativas, en las que, como se observó en gráficas anteriores, los adultos mayores manifiestan estar enfermos y tener problemas de salud, hecho que se corrobora a su vez en la información obtenida cualitativamente, en la cual manifiestan estar preocupados por su estado de salud.



6.2.3.3. Grafica 14. Salud Mental de la población objeto de estudio.

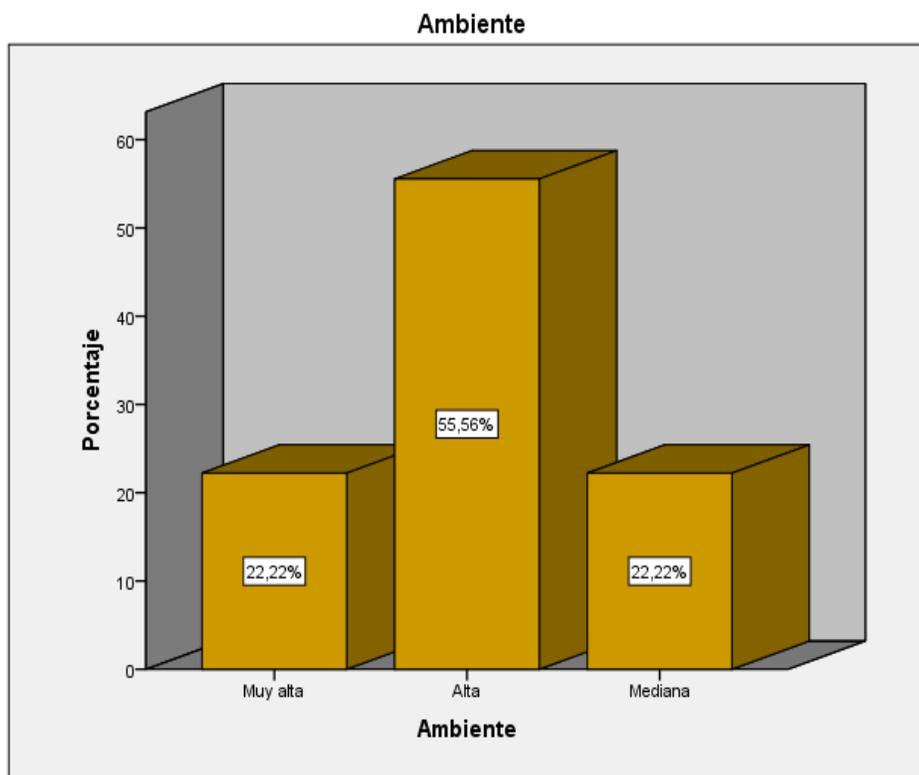
Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación del Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La gráfica muestra, que la población estudiada percibe una buena salud mental, puesto que presentan puntuaciones entre altas y muy altas para un total de 77.77% del total de la población investigada, mientras que solo un 22.22% perciben tener una media salud mental. Esto en laguna medida se relaciona con la información obtenida con la prueba de mini-mental aplicada previamente como criterio de inclusión-exclusión, sin embargo, este aspecto no se evidencia en los estados de preocupación, culpas y tristezas que los adultos mayores manifiesten sentir y que se refleja en las respuestas dadas en las entrevistas y grupo focal.



6.2.3.4. Grafica 15. Relaciones Sociales de la población objeto de estudio.
Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación del
Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La gráfica muestra, que el 44.44% de la población estudiada percibe tener buenas relaciones sociales, puntuándolas, entre alta y muy alta, lo cual, equivale a 4 de cada 9 personas investigadas. Por otro lado, se evidencia que casi la mitad de la población con 44.44% percibe sus relaciones sociales como regulares, puntuándolas como mediana en la escala. Finalmente, solo un 11.11% de los participantes evalúa como malas sus relaciones sociales, puntuándola como baja en la escala. Aunque los resultados obtenidos en este factor presentan una mayor tendencia hacia la baja puntuación, a diferencia de otros factores, sigue estando alejada de lo manifestado en la información recolectada en los instrumentos cualitativos en la que, la falta de apoyo y de redes afectivas, sociales y emocionales se presenta como un aspecto neurálgico en los adultos mayores. Sin embargo, con las puntuaciones positivas se infiere una incidencia de las actuales relaciones establecidas en la institución a las que se aludió anteriormente.



6.2.3.5. Grafica 16. Ambiente de la población objeto de estudio.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación del Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La gráfica muestra que, en su mayoría, los participantes del estudio tienen una buena percepción del ambiente calificándolo en la escala como alto y muy alto con un 77.76%, lo que equivale a 7 de cada 9 personas, mientras que solo 2 de cada 9 participantes representado en un 22.22% perciben su ambiente como regular, calificándolo en la escala como mediana. Es notorio que hay una prevalencia en las puntuaciones positivas, lo cual, se puede relacionar con el hecho de que actualmente la institución brinda a los adultos mayores lo necesario para su subsistencia y bienestar, entre ellos, los espacios y servicios adecuados que les posibilita un desarrollo óptimo y que les permite una percepción de protección y seguridad, aspecto con el que la mayoría de los adultos mayores de la institución no contaba antes.

6.2.4. Tablas con cruces de variables generales Resiliencia global y Calidad de vida global: con otras de posibilidades de “significancia”

A continuación, se muestran las relaciones propuestas y establecidas en el presente estudio, entre los resultados arrojados en los cuestionarios aplicados en el presente estudio de forma estadística (Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS y Escala de Resiliencia CD-RISC) y en las cuales no se presentan las graficas de elementos sociodemográficos concernientes al sexo y el estado civil, puesto que por las características de elección de la muestra no se observó relevancia para ello.

Resiliencia Global vs Edad

			Edad		Total
			60 a 69 años	70 a 79 años	
Resiliencia Global	Muy alta	% Resiliencia Global	57,1%	42,9%	100,0%
	Alta	% Resiliencia Global	0,0%	100,0%	100,0%
	Mediana	% Resiliencia Global	0,0%	100,0%	100,0%
Total		% Resiliencia Global	44,4%	55,6%	100,0%

6.2.4.1. Tabla 1. Resiliencia global vs edad

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC.

En la tabla se denota una ligera tendencia a que haya una mayor resiliencia entre las personas más jóvenes con un 57.1% con respecto a la de mayor edad que refleja un 42.9%, por lo tanto, se puede evidenciar, que los valores no son muy distantes entre sí, lo cual no vislumbra que la edad incida de manera significativa en los niveles de resiliencia, ya que independientemente de los rangos de edades establecidos, los participantes puntuaron en un nivel de resiliencia muy alto.

Resiliencia Global vs Calidad de vida Global

			Calidad de vida Global			Total
			Muy alta	Alta	Mediana	
Resiliencia Global	Muy alta	% del total	33,3%	33,3%	11,1%	77,8%
	Alta	% del total	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%
	Mediana	% del total	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
Total		% del total	44,4%	44,4%	11,1%	100,0%

6.2.4.2. Tabla 2. Resiliencia Global vs Calidad de Vida Global.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla denota una tendencia con respecto a la relación existente entre el nivel de resiliencia global y su posible incidencia en la calidad de vida global de los adultos mayores investigados. De este modo, la tabla señala que las personas que presentan niveles entre altos y muy altos de resiliencia equivalen al 88.9% del total de la población, lo cual incide en una calidad de vida entre alta y muy alta con un 77.7%. Adicionalmente, la tabla proyecta que menores niveles de resiliencia se presentan en personas que puntúan en niveles más bajos en la percepción de calidad de vida. Lo cual refleja una tendencia hacia una posible relación, en la que, a mayor nivel de resiliencia, mejor nivel de percepción con respecto a la calidad de vida.

6.2.5. Cruce de factores resilientes con respecto a la calidad de vida global

Factor Competencia personal vs Calidad de vida Global

		Calidad de vida Global			Total
		Muy alta	Alta	Mediana	
Factor Competencia personal	Muy alta	22,20	33,3%	11,1%	66,7%
	Alta	22,2%	11,1%	0,0%	33,3%
Total		44,4%	44,4%	11,1%	100,0%

6.2.5.1. Tabla 3. *Factor Competencia Personal vs Calidad de Vida Global.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla refleja una tendencia en el factor competencia personal a puntuaciones entre los rangos de alta y muy alta, así, el 66.7% de la población se encuentra en el rango de puntuación muy alta mientras que el 33.3% restante se encuentra en el rango de puntuación alta, lo cual refleja una posible relación positiva de este factor en la calidad de vida, ya que el 88.8% de la muestra tiene una percepción entre alta y muy alta sobre su calidad de vida. El nivel de competencia personal de la persona podría reflejarse de alguna forma en la percepción de la calidad de vida de esta. Se puede notar en la tabla que solo 11.1% de la población evidencia mediana calidad de vida, lo cual minimiza la posibilidad de relación de o incidencia negativa de este factor con respecto a la percepción de calidad de vida.

Factor Confianza - Instinto*Calidad de vida Global tabulación cruzada

		Calidad de vida Global			Total
		Muy alta	Alta	Mediana	
Factor Confianza - Instinto	Muy alta	22,2%	11,1%	0,0%	33,3%
	Alta	11,1%	22,2%	11,1%	44,4%
	Mediana	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%
	Baja	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
Total		44,4%	44,4%	11,1%	100,0%

6.2.5.2. Tabla 4. Factor Confianza- Instinto*Calidad de Vida Global Tabulación Cruzada
Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla muestra una tendencia en el factor confianza-instinto a puntuaciones entre los rangos de alta y muy alta, así, 33.3% de la población se encuentra en el rango de puntuación muy alta mientras que un 44.4% se encuentra en el rango de puntuación alta, no obstante, a diferencia del factor competencia personal, en este se presenta puntuaciones en los rangos de mediana y baja, con un 11.1% para cada uno de estos rangos. Pese a que se encuentran resultados en los rangos de puntuación mediana y baja, no se refleja un resultado que denote una tendencia en la que se pueda inferir una posible relación de este factor, con una percepción negativa de calidad de vida, ya que solo el 11.1% de los adultos mayores investigados, manifiesta una mediana percepción de calidad de vida, lo cual no se relaciona o se explica directamente por puntajes bajos en este factor de resiliencia, debido a que el 88.8% de los adultos mayores manifiestan una percepción de calidad de vida entre alta y muy alta.

Factor Relaciones Seguras vs Calidad de vida Global

		Calidad de vida Global			Total
		Muy alta	Alta	Mediana	
Factor Relaciones Seguras	Muy alta	44,4%	33,3%	11,1%	88,9%
	Alta	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
Total		44,4%	44,4%	11,1%	100,0%

6.2.5.3. Tabla 5. *Factor Relaciones Seguras vs Calidad de Vida Global.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla refleja una tendencia en el factor relaciones seguras a puntuaciones entre los rangos de alta y muy alta, así, el 88.9% de la población se encuentra en el rango de puntuación muy alta mientras que el 11.1% restante se encuentra en el rango de puntuación mediana, lo que puede vislumbrar una posible relación positiva entre este factor de resiliencia y la calidad de vida de los adultos mayores investigados. Se puede notar en la tabla que solo 11.1% de la población evidencia mediana calidad de vida, lo cual no se relaciona o se explica directamente por puntajes bajos en este factor de resiliencia.

Factor Control vs Calidad de vida Global

		Calidad de vida Global			Total
		Muy alta	Alta	Mediana	
Factor Control	Muy alta	33,3%	33,3%	11,1%	77,8%
	Alta	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%
	Mediana	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
Total		44,4%	44,4%	11,1%	100,0%

6.2.5.4. Tabla 6. Factor Control vs Calidad de Vida Global.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla señala una tendencia en el factor control, a puntuaciones entre los rangos de alta y muy alta, así, 77.8% de la población se encuentra en el rango de puntuación muy alta mientras que un 11.1% se encuentra en el rango de puntuación alta. Así mismo, los resultados en este factor se asemejan a los resultados obtenidos con el factor confianza-instinto, en la medida en que éste, presenta puntuaciones en los rangos de mediana con un 11.1%. Pese a que se encuentran resultados en los rangos de puntuación mediana no se reflejan tendencias significativas que denoten o generen una proyección negativa de estos resultados en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores investigados, ya que solo el 11.1% de estos manifiesta una mediana percepción de calidad de vida, lo cual no se relaciona o se explica directamente por puntajes bajos en este factor de resiliencia. Mientras el 88.8% de los adultos mayores manifiestan una percepción de calidad de vida entre alta y muy alta.

Factor Espiritualidad vs Calidad de vida Global

		Calidad de vida Global			Total
		Muy alta	Alta	Mediana	
Factor Espiritualidad	Muy alta	33,3%	33,3%	11,1%	77,8%
	Alta	11,1%	11,1%	0,0%	22,2%
Total		44,4%	44,4%	11,1%	100,0%

6.2.5.5. Tabla 7. *Factor Espiritualidad vs Calidad de Vida Global.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla muestra una tendencia a puntuaciones entre alta y muy alta en el factor espiritualidad. Así, el 77.8% de la población se encuentra en el rango de puntuación muy alta mientras que el 22.2% restante se encuentra en el rango de puntuación alta, lo cual denota una posible relación positiva en la que este factor refleja una posible incidencia positiva en la calidad de vida, ya que el 88.8% de la población tiene una percepción entre alta y muy alta sobre su calidad de vida. Se puede notar en la tabla que solo 11.1% de la población evidencia mediana calidad de vida, lo cual no se relaciona o se explica directamente por puntajes bajos en este factor de resiliencia.

6.2.6. Cruce de resiliencia global con respecto a las dimensiones de calidad de vida

Resiliencia Global vs Salud Física

			Salud Física			Total
			Muy alta	Alta	Baja	
Resiliencia Global	Muy alta	% del total	22,2%	44,4%	11,1%	77,8%
	Alta	% del total	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
	Mediana	% del total	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%
Total		% del total	33,3%	55,6%	11,1%	100,0%

6.2.6.1. Tabla 8. *Resiliencia Global vs Salud Física.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla indica una tendencia a puntuaciones entre alta y muy alta en lo referente a la dimensión de salud física, lo cual muestra que hay una percepción positiva de la misma en los adultos mayores investigados con un porcentaje del 88.9%. Pese a que en la información obtenida mediante la metodología cualitativa en la que los adultos mayores expresan sentir malestar por diferentes aficiones concernientes a su salud física, tan solo el 11.1% reflejó una baja salud física, de modo que estos resultados no proyectan una tendencia negativa en la calidad de vida global, lo cual supone que dichos valores están influenciados por una tendencia positiva enmarcada en los altos niveles de resiliencia obtenidos en los adultos mayores objeto de estudio. Esto indica una no coincidencia con respecto a la información recolectada cualitativamente.

Resiliencia Global vs Salud Mental

			Salud Mental			Total
			Muy alta	Alta	Mediana	
Resiliencia Global	Muy alta	% del total	22,2%	44,4%	11,1%	77,8%
	Alta	% del total	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%
	Mediana	% del total	0,0%	0,0%	11,1%	11,1%
Total		% del total	33,3%	44,4%	22,2%	100,0%

6.2.6.2. Tabla 9. Resiliencia Global vs Salud Mental.

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla refleja una tendencia a puntuaciones entre alta y muy alta en lo referente a la dimensión de salud mental, lo cual indica que hay una percepción positiva de la misma en los adultos mayores investigados con un porcentaje de un 77.7%. Además de mostrar puntuaciones medianas con un 22.2%, lo cual, de alguna manera corroboran los resultados obtenidos en la prueba utilizada con parte de los criterios de inclusión-exclusión. Lo cual podría sugerir una tendencia a que a mejores niveles de cognitivdad, mayores niveles de resiliencia y mejor percepción de calidad de vida.

Resiliencia Global vs Relaciones Sociales

			Relaciones Sociales				Total
			Muy alta	Alta	Mediana	Baja	
Resiliencia Global	Muy alta	% del total	33,3%	11,1%	22,2%	11,1%	77,8%
	Alta	% del total	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
	Mediana	% del total	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
Total		% del total	33,3%	11,1%	44,4%	11,1%	100,0%

6.2.6.3. Tabla 10. *Resiliencia Global vs Relaciones Sociales.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La tabla muestra tendencia a diferentes rangos de puntuación, de este modo, el 44.4% refleja puntuaciones entre alta y muy alta, lo cual indica que lo cual equivale a 4 de cada 9 personas perciben tener buenas relaciones sociales, por otro lado, la tabla muestra una gran tendencia a puntuaciones medianas con un 44.4% de la población investigada, así mismo refleja que solo un 11.1% de la población presenta puntuación baja en esta dimensión. A diferencia de las dimensiones anteriores, en ésta se presentan mayores tendencias hacía medias y bajas puntuaciones, lo cual se explica desde la información recolectada en los instrumentos cualitativos, ya que la falta de apoyo y de redes afectivas, sociales y emocionales, se presentan como un aspecto de suma importancia en los adultos mayores, sin embargo, con las puntuaciones positivas se infiere una incidencia de las actuales relaciones establecidas en la institución a las que se aludió anteriormente. No obstante, se presume que los resultados no inciden negativamente la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, debido a los altos niveles de resiliencia presentados por los mismos en los resultados de las pruebas.

Resiliencia Global vs Ambiente

			Ambiente			Total
			Muy alta	Alta	Mediana	
Resiliencia Global	Muy alta	% del total	22,2%	44,4%	11,1%	77,8%
	Alta	% del total	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
	Mediana	% del total	0,0%	0,0%	11,1%	11,1%
Total		% del total	22,2%	55,6%	22,2%	100,0%

6.2.6.4. Tabla 11. *Resiliencia Global vs Ambiente.*

Fuente: Datos obtenidos en la presente investigación mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC y el Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS.

La grafica muestra que, en su mayoría, los participantes del estudio tienen una buena percepción del ambiente calificándolo en la escala como alto y muy alto con un 77.76%, lo que equivale a 7 de cada 9 personas, mientras que solo 2 de cada 9 participantes representado en un 22.22% perciben su ambiente como regular, calificándolo en la escala como mediana. Es notorio que hay una prevalencia en las puntuaciones positivas lo cual se puede relacionar con el hecho de que actualmente la institución brinda a los adultos mayores lo necesario para su subsistencia y bienestar, entre ellos, los espacios y servicios adecuados que les posibilita un desarrollo óptimo y que les permite una percepción de protección y seguridad, aspecto con el que la mayoría de los adultos mayores de la institución no contaba antes. Además, lo anterior se presume está relacionado de forma positiva con los altos niveles de resiliencia de los adultos mayores, que posibilitan o facilitan una adaptación positiva al medio, con lo cual se cree influye en la percepción positiva de calidad de vida predominante en la población investigada.

7. Discusión

La vejez es una etapa por la que atraviesa la población a quien se denomina “adulto mayor” o “persona vieja”, la cual, según la Organización de Naciones Unidas (ONU) inicia alrededor de los 60 años y significa que se está ingresando en la última y más prolongada etapa de la vida “ya que puede corresponder a casi la tercera parte de la existencia” (Arango, 2017, p. 10). Así mismo, se considera una de las etapas más complejas del ciclo vital, ya que el proceso de envejecimiento, especialmente esta etapa, trae consigo diversos cambios tanto a nivel físico como psíquico, que implican un mayor esfuerzo por parte de la persona, puesto que en ella, se dan “un conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los seres vivos” (Gutiérrez, Orozco, Rozo & Martines, 2017, p. 15), estos cambios y modificaciones son reconocidos por los propios adultos mayores, pues como ellos mismos lo mencionan, la etapa de la vejez: *“Es un ciclo más, una vida ya encaminada, la vida ya no es lo mismo que cuando uno tenía 30 o 40 años, uno con 60 la vida es un poquito más pesada, pero después de que haya salud y alientos se siente uno bien, es otra forma de vivir”*(G.A).

Lo anterior, se exagera por el hecho de ser una etapa de mayor vulnerabilidad, tanto a nivel físico, mental y social, ya que, como menciona la OMS, si bien, la etapa vital de mayor vulnerabilidad para padecer afecciones mentales no es la vejez sino la adolescencia, el maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material, al abandono, la falta de atención y las graves pérdidas de dignidad y respeto que se propician al adulto mayor son factores que impactan directamente su salud mental (OMS, 2017), lo anterior confirma lo planteado por Baltes y Baltes (1990) citados por Hoare (2015), quienes expresan que, no solo la experiencia sino la literatura sobre el envejecimiento, evidencian que los últimos años del ciclo vital incluyen una variedad de pérdidas y traumas que desafían y a menudo disminuyen la salud física y mental. Lo expuesto anteriormente se ratifica en comentarios hechos por los adultos mayores como los siguientes: *“Me preocupa mucho la salud, uno se deteriora mucho, los años no llegan solos (A.M) “A mí me preocupa la soledad”(J.M.A), “Las situaciones más dolorosas en mi vida han sido la separación con mi señora, la muerte de mi hijo, Ahora lo más duro es estar separado de mi madre”*(L.E.M).

De este modo, el envejecimiento se describe a menudo: “como un tiempo caracterizado por un agotamiento de las reservas y como un declive de funciones que ocurren en un corto período de

tiempo” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 66). Así mismo, se caracteriza por una mayor presencia de eventos negativos o adversos como: la muerte de un cónyuge o amigos, deterioro de la salud, funcionamiento físico, pérdida de estatus social y desempeño de roles, inseguridad económica, además, de la cercanía que se percibe con la muerte, predominante en la vejez avanzada (Araújo & Mancussi, 2016). Situaciones que reflejan y corroboran los adultos mayores en respuestas como las siguientes: “*Lo único, que me preocupa es el tiempo, yo quiero vivir mucho y aprender mucho*” (L.E.M), “*me preocupa llegar a una etapa de invalidez donde yo no pueda valerme por mí misma*” (L.A.A).

A su vez, lo anterior se refuerza con la información sociodemográfica obtenida en los instrumentos aplicados a la población, en los cuales, se evidencia que la mayoría de adultos mayores manifiesta tener algún tipo de enfermedad con un 66.67%, del total de la muestra estudiada, lo que refleja que los adultos mayores expresan, que una de sus mayores preocupaciones y situaciones que les genera malestar es su estado de salud, ya que se dicen enfermos, aspecto que concuerda con lo planteado por Araújo & Mancussi (2016), quienes manifiestan que en el adulto mayor, la enfermedad es una de las causas principales de sufrimiento; y por lo hallado por Caspa (2016), quien identificó que la salud física es un aspecto importante para los adultos mayores, ya que un alto porcentaje de ellos no la perciben como buena, lo cual afecta su bienestar e impide la realización no solo de las actividades que deben realizar, sino de las que quieren, afectando la imagen de utilidad y capacidad que posee el adulto mayor sobre sí mismo. Igualmente, Arenas, Escobar & Hincapié (2016), afirman, en lo concerniente a la salud, que la presencia de enfermedades y deterioro físico “afectan de manera importante la calidad de vida del adulto mayor ya que no solo son fuente de malestar y dolor, sino que en muchos casos implican la dependencia de otros y cuidados especiales” (pp. 48-50).

Así mismo, en los análisis realizados se logró evidenciar que otra situación que genera sufrimiento y es fuente de malestar para el adulto mayor, es la que concierne a la situación de abandono, exclusión y la falta de redes de apoyo familiar y social. Así, los resultados en la presente investigación, están en consonancia con el postulado en el que se plantea que la adultez se vive como una etapa de declive, en parte, “a causa del aislamiento de los hijos y el nuevo papel que en la vejez se empieza a tomar” (Saavedra & Villalta, 2008, p. 38). Y por lo expuesto por Caspá (2016) quien asevera que los sentimientos que predominan en el adulto mayor son la

tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión, los cuales, en su mayoría se explican por la disminución de contactos familiares e interpersonales.

En conjunto, las situaciones anteriores, que se podrían clasificar como factores de riesgo y otros desafíos, suponen, que se requiere un aumento de “la capacidad disponible y la capacidad de recuperación en la vejez para que el funcionamiento adaptativo se pueda mantener” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 66).

Sin embargo, a partir del rastreo bibliográfico realizado y la información obtenida con los adultos mayores en la presente investigación, se pudo evidenciar, que la etapa de la vejez no es solo una construcción social o una condición biológica específica, marcada por la decadencia o los cambios, sino que también se trata de una posición subjetiva, es decir, una posición personal que influye en que esta etapa sea percibida y asumida de manera negativa, positiva y/o exitosa.

De este modo, la literatura evidencia diversas maneras de envejecer, que se relacionan como plantea Sánchez (2004), con diferencias o factores inter e intraindividuales. A su vez, este mismo autor, al respecto, plantea tres tipos de vejez: “La vejez normal, que cursa sin discapacidades, la vejez patológica, asociada a enfermedades generalmente crónicas, y la vejez competente, saludable o con éxito” (p. 20). Este último tipo de envejecimiento, como lo menciona Sánchez (2004) implicaría diferentes estrategias para minimizar las amenazas de pérdidas, a través de tres mecanismos como: la selección (los sujetos eligen sus objetivos en función de los recursos que consideran que disponen), la optimización (minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias conseguidas) y la compensación (contrarrestar las pérdidas por medio de las capacidades que no han experimentado un decremento) (pp. 20-21). Por lo tanto, desde esta perspectiva, “el ser humano es concebido como un organismo activo y con capacidad de plasticidad suficiente para adaptarse y para compensar, en cierta medida, las pérdidas que experimenta” (Sánchez, 2004, p. 21).

Lo expuesto anteriormente no solo se refleja a nivel teórico, sino en la información obtenida con los adultos mayores, en la que, frente a la etapa de la vejez y la percepción y posición de éstos frente a ella, se encuentran expresiones como la siguiente: “*es una etapa para aprender como todas las etapas de la vida, quiero seguir aprendiendo siempre, espero que Dios me ayude en poder seguir siendo como soy, sirviendo a quien lo necesite*” (L.E.M).

Al respecto, diversos autores plantean que, si bien hay una estrecha relación entre la dinámica de la sociedad, sus normas y valores que la persona debe asumir, es importante la forma en que ésta se vincula con ello. De este modo, se resalta la manera particular en que cada sujeto se relaciona de manera personal con las aspiraciones sociales y personales, su nivel de satisfacción frente a las mismas y con el contexto en que se encuentra inmerso, así, según lo expuesto por Victoria, et al (2005) citados en Inga & Vara (2006), atañe, “en otras palabras, con la construcción individual que el adulto mayor hace de su bienestar personal y satisfacción con la vida” (p. 476), al igual que lo expuesto por Aponte (2015) quien plantea que “cada persona tiene su propia forma de envejecer y viven la vejez de diferente manera, pues la vivencia de ésta se encuentra relacionada con acciones y omisiones de cada persona en el transcurso de su vida” (p. 154). Los postulados anteriores se demuestran en construcciones dadas por los adultos mayores como: “*Muchos dicen que la vejez es muy triste, pero yo creo que la tristeza la tiene es uno, a mí la vejez no me parece triste, es una experiencia más*” (A.M), “*empezamos una nueva etapa. Por lo tanto, esta etapa de mi vida es excelente, mientras más vivo más quiero vivir, día a día aprendo más y quiero seguir aprendiendo*” (L.A.A).

Pese a lo anterior, no se puede desconocer que los factores externos juegan un papel fundamental en el envejecimiento positivo y/o exitoso y en la posición que el adulto mayor asume frente a su etapa vital y la percepción sobre su calidad de vida. De este modo, aspectos como los mencionados anteriormente y de corte objetivo, como el nivel de salud o enfermedad, los vínculos y apoyo familiar o ausencia de éstos y la forma de expresión de los mismo en la actualidad, enmarcados en un contexto social particular, son factores fundamentales que rodean la etapa de la vejez, afectando positiva o negativamente la vivencia de esta por parte del adulto mayor.

Así, la sociedad actual, según lo planteado por Cowgill en su teoría de la modernización (1974), no solo está caracterizada por el aumento de la proporción de población adulta mayor sobre el resto de la población, sino por la disminución de “la valoración social de la vejez” (Citado en Aranibar, 2001, p. 12), en la que el adulto mayor es visto como poco o nada productivo y como una carga social y familiar, planteamiento que es reforzado por lo dicho por Arenas, Escobar & Hincapié, (2016) quienes hallaron que uno de los aspectos que más afecta al adulto mayor y su calidad de vida es la relación familiar, ya que suelen sentirse una carga para la

misma, se sienten poco importantes para los miembros de su familia, afectando la valoración que el adulto mayor hace de sí mismo, sumado a la percepción y devaluación social, que estos mismo autores plantean, de la que es víctima el adulto mayor, encarada en su mayoría por jóvenes, quienes dan un lugar de inutilidad a la persona vieja.

Teniendo en cuenta lo anterior, es de notar, según lo planteado por Aranibar (2001), que la sociedad actual, trae consigo fuertes cambios a nivel familiar y social, en los que la familia, en la mayoría de sus casos, deja de ser un entorno protector para el adulto mayor, bien sea por las fuertes demandas del entorno o del adulto mayor, debido a los requerimientos de su etapa vital, o por la falta de interés en el mismo, trayendo como consecuencia que la vulnerabilidad de los adultos mayores aumente. Esto, se constata, en el presente trabajo investigativo en la medida en que, por medio del trabajo de observación y acercamiento a la población de adultos mayores, se pudo evidenciar que en su mayoría han sido personas vulnerables, abandonadas y excluidas tanto del entorno social, a nivel por ejemplo laboral, como del núcleo familiar.

De este modo, en la actualidad, se considera que el adulto mayor a diferencia de épocas anteriores, en que era el centro del hogar y fuente de sabiduría y conocimiento, pasa a ser considerado un obstáculo para el desarrollo familiar. Por lo tanto, el adulto mayor en muchas ocasiones se aísla, o es la propia familia quien lo excluye de su entorno familiar (Aranibar, 2001). Lastimosamente, la vulnerabilidad biológica, psicológica y social del adulto mayor, le lleva a perder en muchos casos su autonomía, razón por la cual depende del cuidado de otros miembros de su familia. Cuidados, que éstos muchas veces no pueden proporcionar bien sea por falta de tiempo o dinero, o porque no están dispuestos ni interesados en asumirlos, lo que trae como consecuencia, por ejemplo, el abandono del adulto mayor, siendo esto evidente en la población objeto de estudio y reflejado en un comentario como el siguiente: *“Aparte del abandono de mis hijos, me genera malestar la gente desagradecida y la gente que no cuida bien a los abuelitos”* (L.A.A), el cual refleja que una de las situaciones que más genera malestar a este adulto mayor es el abandono por parte de su familia, principalmente por parte de sus hijos.

A raíz de lo anterior, la institucionalización surge como la opción más viable, bien sea por decisión personal o por imposición familiar y/o social, lo cual afecta al adulto mayor, en la manera en que se relaciona, con si dicha institucionalización es percibida por éste como algo negativo o positivo para su vida. De este modo, Estrada, et al (2011), plantea la importancia del

proceso de institucionalización, ya que se halló, que un factor que impacta la calidad de vida positiva o negativamente es, si este proceso se da en contra o a favor de la voluntad del adulto mayor.

Con base en lo anterior, podría decirse que si bien, para muchos adultos mayores la institucionalización es la posibilidad de una vida digna, en la cual pueden suplir necesidades básicas, que tal vez antes estaban insatisfechas y encontrar un lugar al cual puedan pertenecer y una familia, para muchos otros, la institucionalización implica, no solo dejar atrás sus cosas y su espacio, sino a su familia, con lo cual sienten que pierden sus redes de apoyo y que se alejan de sus familias y raíces.

Puede afirmarse y según lo hallado en la presente investigación, por un lado, que con respecto a lo negativo de la institucionalización, y según lo que algunos adultos mayores manifiestan, ésta representa, estar sujetos a normas institucionales, que a la edad en los que ellos se encuentran, se convierten en dificultades, en la medida en que son personas de avanzada edad, que ya no le encuentran sentido a la imposición de la norma, ya que llevan un recorrido de vida en el que se supone saben lo que deberían saber y que además, dicha norma para ellos supone una infantilización de los demás hacia ellos. Al respecto se pudo encontrar comentarios de los adultos mayores investigados en los cuales reflejan dicha inconformidad: “*la libertad eso es lo más duro, aquí uno tiene que llevar un reglamento para poder estar*” (J.M.A). Del mismo modo, frente a la institucionalización, otros adultos mayores expresan: “*aquí es muy bueno, pero parecemos en una cárcel con la puerta cerrada y hay que pedir permiso para ir, aunque sea al frente, es que no hay como depender de uno mismo y no depender de nadie, poder comerse lo que a uno se le antojó*” (A.M), “*pues al principio las reglas, yo estaba enseñada a entrar y salir a la hora que yo quisiera, yo entraba y salía, pero ya me acostumbré y me adapte, me dio muy duro al principio, pero como para todos es una regla todos debemos hacerlo y así logré adaptarme fácil*” (L.A.A). Lo anterior se relaciona con lo planteado por Estrada, et al (2011), cuando postulan que la institucionalización, puede traer como consecuencia una reducción en la autonomía del adulto mayor, en la medida en que sus decisiones y ellos mismos, empiezan a verse regulados por las decisiones y disposiciones institucionales, ya que según lo expuesto por Castellanos (2002) la institucionalización, implica no solo los espacios físicos que habita el adulto mayor, sino también, los reglamentos, derechos, deberes y normativas que caracterizan las dinámicas de cada

institución en particular y que inciden a su vez, en las interacciones y modos relacionales de la misma.

Así mismo, en la presente investigación surgieron aspectos negativos concernientes a la institucionalización, de los cuales, de acuerdo con el rastreo bibliográfico realizado, en el que esta categoría de análisis apareció en menor proporción debido al objetivo del presente estudio en el que el énfasis está puesto en las categorías de resiliencia y calidad de vida. Por lo tanto, algunos aspectos de la información hallada a continuación no tienen sustento o soporte teórico con que comparar los datos obtenidos, sino que son parte de los hallazgos de la presente investigación.

Con base en lo anterior, con respecto a los aspectos negativos de la institucionalización, se evidenció que algunos de los adultos mayores manifiestan que una de las situaciones negativas de la misma, se da en relación con la dificultad que puede traer consigo, en algunas ocasiones, la convivencia con los demás adultos mayores de la institución, así, en comentarios como los siguientes, se evidencia dicho aspecto negativo: *“Por parte de los compañeros no creo que uno tenga bienestar, aquí la gente es muy malagradecida, se quejan de que vea esa agua que le dan a uno (hablando de la sopa), y yo les digo, vea hombre cuantos quisieran tomarse esta agüita, afortunadamente a mí me tienen respeto, y se quedan callados, pero es un vicio que coge la gente de criticar todo y no agradecer nada y eso lo contamina a uno”(A.M), “Lo que más me afecta son las personas que siempre están hablando de los demás, criticando a toda hora, eso me choca mucho” (G.A).*

Del mismo modo, aunque en menor grado, la presente investigación evidencia que otro de los aspectos negativos de la institucionalización percibido por los adultos mayores, se da en relación con el hecho de que ésta, supone estar a merced y a disposición de las consideraciones y cuidados de los entes institucionales, aspecto con el que se encontró, que algunos adultos mayores manifiestan inconformidad, debido a que perciben que, si bien, se sienten cómodos porque tienen acceso a condiciones básicas para su vida digna, hace falta mayor humanización en el trato; lo cual está en estrecha relación con lo planteado por Castellanos (2002) cuando expresa, que cuando la responsabilidad del cuidado del adulto mayor, recae en instituciones sociales, si bien estas deben albergar, acoger y propender por el bienestar integral de dicha población, esto en pocas ocasiones se logra, puesto que estas entidades, en su mayoría: “solo cubren las necesidades básicas del individuo, dejando de lado necesidades recreativas, afectivas y

espirituales, las cuales son fundamentales para el proceso de desarrollo humano en un ámbito de calidad para el adulto mayor” (p.17). Situación que se refleja en las siguientes construcciones de los adultos mayores investigados: “*No solo necesitamos comida, sino que necesitamos comida hecha con amor*” (J.M.A), “*se necesita de ese carisma y esa calidad humana para que nos entiendan*” (L.A.A).

Por esta misma vía, en consonancia con lo anterior, Gutiérrez, et al (2017), afirman, que a pesar de que la institucionalización se ve como un apoyo al adulto mayor, ésta, conlleva un debilitamiento de los lazos familiares y sociales, donde se limita su autonomía, y aumenta su insatisfacción con la vida, lo que propicia la aparición o exacerbación de alteraciones mentales y aumento de la condición de dependencia en el adulto mayor, hecho que repercute de manera importante en la calidad de vida de éste.

Si bien, se han hallado aspectos negativos de la institucionalización como los mencionados en párrafos anteriores, éstos aparecen en menor medida con respecto a los positivos, ya que los resultados de la presente investigación discrepan en algunos aspectos con lo que plantea Gutiérrez, et al (2017), ya que, aunque la institucionalización puede representar un límite para la autonomía del adulto mayor y en algunos casos, dependiendo de la manera en que se dé el proceso de institucionalización, éste puede afectar el sentido de vida del adulto mayor e incluso ser percibido como una situación que aleja al adulto mayor de su familia. En este caso, al ser adultos mayores en situación de vulnerabilidad y precariedad, tanto económica como afectiva, la institución, se convierte en una fuente que proporciona o mitiga las carencias padecidas por la población objeto de esta investigación, lo que se evidencia en comentarios y elaboraciones de los adultos mayores como el siguiente: “*la institución contribuye mucho a mi calidad de vida, y como no, si todo lo tengo, tengo un hogar especial que nunca había tenido, tengo buena alimentación, tengo cariño, tengo amor de todos, los enfermeros mis compañeros, yo vivo tranquila aquí, aquí estoy con mi esposo que es mi todo, es el amor de mi vida, aquí nos tratan muy bien, ojalá hubiera llegado cinco años atrás*” (M.R).

Del mismo modo, con respecto a lo positivo de la institucionalización, y tal como lo plantea Soria & Rodríguez (2002), se evidencia que la mayoría de adultos mayores institucionalizados, consideran la institución como su verdadero hogar y como algo positivo para sus vidas, lo cual es importante resaltar, ya que debido a la carencia de redes de apoyo familiares y sociales, la

institución en muchos casos representa para el adulto mayor, la posibilidad de que se atiendan sus principales necesidades, los protejan, y les proporcionen seguridad y una vejez tranquila. Así mismo, Castellanos (2002), plantea que el ambiente institucional, es considerado por los adultos mayores como dador de seguridad y protección, razón por la cual, se constituye en su hogar, puesto que allí, se satisfacen sus necesidades de abrigo, de alimentación, vestido y salud; aspectos de suma importancia a lo largo de las diferentes etapas de la vida, en especial, en la etapa por la cual atraviesa el viejo, “en la cual se siente frágil y sin posibilidades económicas por considerarse improductivo, y personales por falta de autonomía para decidir sobre diversas opciones de vida, especialmente cuando tiene la institucionalización como única elección” (Castellanos, 2002, pp. 115-116).

Lo anterior, en la población investigada es de fundamental, en la medida en que, como se ha enfatizado a lo largo de la investigación, es una población vulnerable, en su mayoría en situación de abandono y de calle, que no solían contar ni siquiera con la satisfacción de sus necesidades básicas y de este modo la institución se convierte en un medio para satisfacerlas. Así, muchos de ellos, catalogan al centro como su verdadero hogar, del cual, tienen una valoración altamente positiva y favorable para su adaptación y aceptación al medio institucional (Soria & Rodríguez, 2002). Lo anterior, está en estrecha consonancia con lo hallado en la presente investigación, y se evidencia en comentarios hechos por los adultos mayores, como los siguientes: *“aquí tenemos la comida, la dormida, yo duermo muy sabroso y además los cuidados”*(A.M), *“este lugar ha contribuido mucho en mi buena calidad de vida ya que hay aspectos como por ejemplo: no dormir en la calle, de tener un hogar, mejor dicho en todos los aspectos porque se me arreglo en un ciento por ciento mi vida”*(G.G).

Así mismo, en concordancia con lo planteado por Soria & Rodríguez (2002), se halló la importancia y el papel que representa en la vida del adulto mayor las personas y profesionales encargados de brindarle los cuidados necesarios, ya que si bien, como se mencionó en párrafos anteriores, algunos adultos mayores expresan la falta de un trato más humano y por tanto lo reclaman, la mayoría de adultos mayores, percibe como positiva la atención brindada por éstos hacia ellos, así por ejemplo, la enfermera y el personal interdisciplinario estable y permanente, tienen un papel protagónico en el proceso de adaptación positiva y bienestar de los adultos mayores, debido a las funciones que desempeñan y por el vínculo afectivo que tejen con los

adultos mayores por lo que son valorados de forma positiva por los adultos mayores; son figuras asistenciales cercanas, quienes están al tanto de sus necesidades, les ofrecen una adecuada atención, seguridad y afecto, velando siempre por la salud de cada uno de ellos, lo cual, unido a un trato cordial permite la correspondencia y las respuestas positivas de afecto del adulto mayor hacia el personal asistencial, aportando integralmente a su rehabilitación (Soria & Rodríguez, 2002). Esto, se puede constatar en comentarios de los adultos mayores como el siguiente: *“Me he aferrado mucho a las personitas que nos atienden, siento como si fueran mis hijos, los espero con alegría, me apego a las personas porque de ellos dependen mucho nuestra estabilidad”* (L.A.A).

Del mismo modo, en relación con lo expuesto anteriormente y continuando con los aspectos positivos en torno a la institucionalización, ésta, en muchas ocasiones, representa para el adulto mayor un lugar de socialización, que posibilita la adquisición de nuevas redes de apoyo relacionadas, no solo con el personal institucional sino también con los demás adultos mayores que hacen parte de la institución y que se van convirtiendo en una fuente de afecto, apoyo y compañía; situación que impacta positivamente la calidad de vida de los adultos mayores, en este caso, institucionalizados. Es así que: “hay relación directa entre la satisfacción de vida y el refuerzo social” en opinión de Ranzijn (2002) citado en Inga & Vara (2006, p. 483), lo cual está en concordancia con la idea, de que existe un creciente indicio de que la salud psicológica, y en cierto nivel la salud física, depende al menos en algún grado, de sentirse acogido por una comunidad (Crowe, 1996; Hamilton, et al. 1999; Labonte, 1998; Riley, 1998, citados en Inga & Vara, 2006). Lo anterior se refleja en comentarios de los adultos mayores investigados como el siguiente: *“Ellos (otros adultos mayores), contribuyen porque al acercarme a ellos y ellos a mi hay un afecto, ellos le dan a uno moral, ellos le enseñan a uno a tener esa paciencia...los abuelitos hay que saberlo comprender, ayudarles, y si yo puedo darles una galleta o una sonrisa con amor ellos se van a sentir contentos conmigo y yo me siento muy feliz es como si mi espíritu se abriera por dentro y yo quedara reluciente”*(M.R).

Así mismo, los resultados obtenidos a través de los instrumentos cuantitativos reflejan una posible relación positiva entre las nuevas relaciones sociales que los adultos mayores tejen al ingresar en la institución y la percepción de su calidad de vida, ya que si bien, la población investigada es en su mayoría abandonada y vulnerada principalmente por su familia, los

resultados en el factor relaciones seguras de resiliencia, evidencian porcentajes positivos, que en este caso se presume, se relacionan con el establecimiento de redes de apoyo significativas al interior de la institución. Se puede inferir que este aspecto puntúa positivo, en la medida en que los adultos mayores manifiestan la importancia de sus relaciones actuales en la institución en la que se encuentran, tanto con las personas que les brindan los cuidados y atenciones necesarias, como con los demás adultos mayores, evidenciándose así, similitud con lo planteado por Araújo & Mancussi (2016), cuando establecen que el apoyo social es considerado de vital importancia para hacer frente a las adversidades y dificultades de la vida, pues el vínculo entre las personas, el sentimiento de pertenencia a un grupo familiar y/o social, el ser respetados en sus capacidades, limitaciones y necesidades, llevan al adulto mayor “a redescubrir la esencia de sus condiciones de vida saludables” (p. 73). Además, lo anterior se relaciona con lo expuesto por Caspa (2016), quien manifiesta que una de las áreas que causa mayor dificultad en el adulto mayor, se encuentra en relación con la incapacidad de éste para sentirse bien estando solo, ya que siente necesario tener compañía para sentirse único e importante para sí mismo y los demás.

Lo anterior devela, que hay muchos factores que intervienen de manera positiva o negativa en el bienestar del adulto mayor principalmente en el que hace parte de instituciones, como la calidad del ambiente y el servicio es fundamental, incluyendo no solo la atención prestada sino lo humanizado de la misma, así como la posibilidad de que esto proporcione de una u otra manera una red de apoyo y afecto, que nutran la esfera afectiva de los adultos mayores que cuentan con una red de apoyo familiar y social independiente de las que se poseen en la institución, y que suplan las de los adultos mayores que no las poseen (ya que, la población objeto de estudio de la presente investigación es en su mayoría población en situación vulnerable). De esta manera, se resalta, como menciona López (2017), la importancia del contexto en el que se desenvuelve el adulto mayor, ya que puede ser un factor que promueve o facilita la experimentación de emociones positivas, es decir, un ambiente que genera una percepción de bienestar, impactando el sentido de vida y el significado que el adulto mayor construye sobre la vejez y sobre ser viejo, lo cual tiene repercusión directa en la calidad de vida de éste.

Teniendo en cuenta lo anterior, cobra relevancia lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (2005), la cual definió la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como

en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales, sus creencias personales y espirituales, sexo, escolaridad, estado civil y la situación económica en la que el individuo se encuentra (OMS, 2005, citado en Gutiérrez, et al, 2017).

Lo anterior deja entrever que la calidad de vida es un constructo multidimensional en el cual intervienen factores objetivos y subjetivos. Es por ello, que diversos autores plantean que la calidad de vida y sus dimensiones, se organizan en un continuo de dimensiones objetivas (ambiente objetivo, competencia conductual) y subjetivas (calidad de vida percibida, bienestar psicológico), y que tanto los aspectos objetivos como los subjetivos inciden significativamente en la calidad de vida (Lawton citado en Netuveli & Blane, 2008). Así, la calidad de vida presenta dos grandes dimensiones: la objetiva y la subjetiva según lo menciona Victoria, et al (2005) citados en Inga & Vara (2006), entre los aspectos objetivos se encuentran “aquellos relacionados con la salud, los educacionales y los económicos” (p. 476); la segunda dimensión, la subjetiva, según Inga & Vara (2006):

Está determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado innumerables esfuerzos dirigidos a la elaboración de metodologías que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. Esta tendencia considera que lo más importante en la calidad de vida es la percepción que el sujeto tiene de ella, o la vivencia subjetiva de bienestar (p. 476).

Es por lo anterior que en la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo y multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida o lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas, lo que determina la calidad de vida o “Estado de bienestar” (Tuesca Molina, 2012 citado en Aponte, 2015, p. 155). Lo anterior se relaciona con los resultados obtenidos en la presente investigación, en la que se puede evidenciar que los adultos mayores evalúan su calidad de vida desde factores objetivos como:

- La satisfacción de sus necesidades básicas como se refleja en el siguiente comentario: *“yo estoy en un hogar donde tenemos todo, al menos yo, tengo todo lo suficiente lo necesario, y gracias a Dios y a ellos tengo la alimentación, medicamento, la organización de mi habitación de la ropa, las amistades y me gusta gracias a Dios la actividad” (L.E.M).*

- La salud, como reflejan los siguientes comentarios: *“lo único que me preocupa es la salud” (O.V) “me preocupa estar Uno enfermo y no poderse tomar una medicina... La enfermedad me genera malestar, la pierna me preocupa y me da angustia, pero no me quedo con eso” (M.R).*

Del mismo modo, en los análisis y resultados obtenidos con la presente investigación, se puede corroborar la incidencia de factores subjetivos en la calidad de vida de los adultos mayores, como se puede entrever en comentarios como los siguientes:

- La actitud y posición personal frente a la vida y con lo que en ella se cuenta: *“Para yo estar bien yo tengo que saber comportarme, yo tengo que estar bien, tratar bien a las personas, llevar una vida honesta y buena” (M.R).*

- El cuidado personal y la utilización del tiempo: *“De mi dependen muchas cosas, por ejemplo, el aseo personal, el mantenerme bien presentado, bien físicamente y aunque hago poco ejercicio el hecho de estar de aquí para allá, coger naranjas y todo lo que hago, son cosas que me mantiene activo, querer estudiar ya que aquí no dan esa opción, saber buscar ayuda cuando uno se siente mal y para eso las tenemos a ustedes, por si uno se siente aburrido o triste” (G.G), Mantener ocupada mi mente y Mantenerme bien, bonita, limpia, agradable” (L.A.A), “estar uno activo, tratar de hacer algo manualidades, tratar de colaborar con la escoba, de pronto algo para uno mantener la mente ocupada, porque si vengo y me siento todo el día entonces me voy a aburrir, mientras que si yo me mantengo activa mi mente puede evolucionar mejor”(L.A.A).*

Los comentarios anteriores, en relación con los factores objetivos y subjetivos que engloban la calidad de vida, evidencian percepción positiva de la misma por parte de los adultos mayores investigados, que se ve corroborada por los resultados obtenidos en el instrumento de calidad de vida; el cual arroja que 8 de cada 9 personas investigadas perciben de manera positiva su calidad de vida con una puntuación entre alta y muy alta, lo cual representa un 88.88%, de la población

investigada, mientras que sólo 1 de cada 9 participantes percibe tener una mediana calidad de vida, lo cual se representa con un 11.11% de la población.

Los resultados expuestos anteriormente evidencian que, los adultos mayores investigados, presentan niveles positivos frente a la percepción de calidad de vida que estos poseen, situación que no se ve afectada, en este caso, por el hecho de estar institucionalizados, ya que hay estudios como el de Gonzalvo (2014) en los que se plantea que la institucionalización es un factor que afecta negativamente la calidad de vida del adulto mayor; al respecto, el autor dice que: “los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas presentan niveles más bajos de bienestar psicológico en comparación con los que viven en hogares particulares” (p. 43).

Un aspecto importante para resaltar y que podría resultar contradictorio, es el relativo a lo económico, ya que si bien, los adultos mayores investigados no cuentan con ingresos económicos y de tenerlos, estos no son significativos, debido a la situación de vulnerabilidad particular que presenta esta población, la cual se ha enfatizado a lo largo del estudio, los análisis arrojan que la percepción positiva que evidencian los adultos mayores frente a este aspecto, se da por el hecho de que al haber sufrido tantas carencias antes de ingresar a la institución, le dan gran valoración a los recursos con los que cuentan actualmente por ser parte de ésta, lo que se liga a lo expuesto por Castro & Rincón (2011) quienes aseveran que: “los adultos mayores se encuentran satisfechos en la institución, porque cuentan con atención de salud, alimentación y vestimenta” (p. 20).

Del mismo modo, hay aspectos centrales que afectan en alguna medida la percepción que el adulto mayor posee sobre su calidad de vida, como el aspecto concerniente a la salud, ya que como plantean Arenas, Escobar & Hincapié (2016), la presencia de enfermedades y deterioro físico afectan de manera importante la calidad de vida del adulto mayor, ya que no solo son fuente de malestar y dolor, sino que en muchos casos implican la dependencia de otros y cuidados especiales, lo cual está relacionado con lo planteado por Aponte (2015), quien evidenció que de los factores que componen el constructo de calidad de vida, uno de los más influyentes para el bienestar del adulto mayor es el relacionado con la salud percibida, ya que esto puede influir de manera positiva o negativa, la manera en que las personas realizan las actividades de la vida diaria. .

De este modo, los resultados obtenidos a nivel cuantitativo en la presente investigación, con respecto a la calificación dada por los adultos mayores en cuanto a su salud, son altos, en la

medida en que ellos califican como positiva su salud, con valores entre alta y muy alta en el cuestionario de calidad de vida, con un total del 88.9% del total de la población investigada, y solo un 11.1% la califican como medianamente buena, lo cual se correlaciona de manera positiva con lo planteado por Inga & Vara. (2006), quienes en sus estudios encontraron que en general los adultos mayores objeto de su investigación tienen una alta satisfacción de vida; sin embargo, a pesar de tener un “promedio alto en cuanto a la satisfacción vital, el 31,6% de los adultos mayores se siente -por lo menos una vez a la semana débil y enfermo” (p. 483).

Empero, lo anterior, podría reflejar cierto nivel de incongruencia frente a la información obtenida con los datos sociodemográficos y metodología cualitativa, ya que, con respecto a la información sociodemográfica, se halló que de la población estudiada 6 de cada 9 personas manifiesta tener algún tipo de enfermedad con un 66.67%, mientras, que 2 de cada 9 personas con un 22.22% dicen no sufrir algún tipo de enfermedad. Finalmente 1 de cada 9 con un 11.11% de los participantes investigados no responde al respecto, es decir, que la mayoría de adultos mayores presentan una enfermedad o condición de salud que afecta su bienestar, lo cual se supondría tendría repercusiones en la dimensión que en la escala de calidad de vida, se refiere a la salud física, sin embargo podría inferirse que estos resultados se relacionan más, con lo observado en la metodología cualitativa, en la que se pudo evidenciar que los resultados positivos en esta dimensión, se relacionan en mayor grado, con la manera personal en que los adultos mayores se posicionan frente a sus condiciones de salud, como se puede evidenciar en el siguiente comentario: *“lo que a mí me da malestar es estar uno enfermo, yo me preocupo por esta enfermedad que tengo, pero también pienso, estoy en manos del dios vivo y de poder y él me salva, él me sana. Confiar en Dios es lo más importante y si yo solo me dedico a quejarme no hago nada” (M.R).*

Con base en lo anterior cobra relevancia lo planteado por autores como Campos (2001) citado en Aponte (2015), quien observó que algunos déficits por si solos no son determinantes, ya que la salud comprende no solo aspectos médicos, sino que se relaciona también con la interacción de las diferentes condiciones, psicológicas y sociales, y como Janssen (2004) citado en Inga & Vara (2006) quienes constatan que los estudiosos sobre salud y calidad de vida, han dejado atrás la idea de salud como ausencia de enfermedad, optando por considerar una definición más amplia, que incluya la responsabilidad personal.

Teniendo en cuenta que la salud física y mental va más allá de la ausencia de enfermedad, hay aspectos a resaltar que cobran relevancia en la calidad de vida, es por ello, que según lo encontrado en la presente investigación, los adultos mayores hacen fuerte alusión a la importancia del deporte, la recreación y los espacios de socialización, como factores que contribuyen a su calidad de vida, como menciona uno de los adultos mayores investigados: *“Sería muy bueno uno tener espacios para poder hacer actividades como una canchita para correr, o actividades recreativas, porque es uno aquí sentado todo el tiempo, yo antes iba a piscina, montaba en bicicleta, salía a trotar, entonces muy bueno uno tener donde ir a hacer gimnasia”* (G.A). Lo cual se ve afianzado en lo dicho por Netuveli & Blane, (2008), quienes plantean que entre los factores que más contribuyen a una buena calidad de vida son participar constante y enérgicamente en actividades sociales y ser activo. Lo anterior, es acorde con lo dicho por Arenas, Escobar & Hincapié (2016) quienes señalan que un factor importante que los adultos mayores resaltan como base de una buena calidad de vida y un buen envejecer, es el hecho de poder realizar actividades físicas, acceder a recreación y deportes, hecho que les permite compartir con las demás personas y establecer relaciones sociales.

Es por ello, por lo que cobra relevancia lo arrojado por el estudio de Araújo & Mancussi (2016) quienes hallaron una estrecha relación entre la actividad física y el bienestar del adulto mayor, ya que se evidenció, que la participación de éstos en programas de actividad física produjo beneficios psicológicos como; sentirse feliz con ellos mismos y ampliar sus redes sociales en el marco de la práctica del ejercicio físico. Por tanto, el ejercicio físico fue considerado una práctica de ocio y de bienestar (satisfacción con la vida y la felicidad), ya que fue asociado con “mayores niveles de satisfacción con la vida y la felicidad” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 74), lo cual se refleja en comentarios de los adultos mayores investigados como los siguientes: *“Estar uno activo, tratar de hacer algo manualidades, tratar de colaborar con la escoba, de pronto algo para uno mantener la mente ocupada, porque si vengo y me siento todo el día entonces me voy a aburrir, mientras que si yo me mantengo activa mi mente puede evolucionar mejor”* (L.A.A), *“mis talentos y ocupaciones me hacen sentir útil y feliz”* (G.G).

Otro de los aspectos centrales en la percepción de la calidad de vida, es el concerniente a las relaciones sociales, ya que como plantea Aponte (2015), el apoyo familiar y social es uno de los aspectos que mayor incidencia tiene sobre la calidad de vida de los adultos mayores, ya que la

soledad, la depresión entre otras cosas, son los principales motivos por los cuales las personas viejas pierden la motivación para seguir adelante con sus vidas y por tanto, su bienestar (Aponte, 2015, p. 174). Lo mencionado previamente se refleja en los siguientes comentarios dados por los adultos mayores investigados: *“Para estar mejor, que la familia me visitara para no estar por ahí votado” (A.M)*, *“Creo que el contacto familiar. Quiero ver de nuevo a mi hijo y a mi nieta, hace cinco años no lo veo, aunque yo sé que mi hijo no me busca, lo busqué y me rechazó, estoy esperando a ver qué pasa, eso me hace sufrir mucho” (L.A.A)*.

Lo anterior, en relación con los vínculos y redes de apoyo, principalmente a nivel familiar, se presenta como un aspecto sustancial y repetitivo, al cual se ha hecho alusión a lo largo de la presente investigación y que se sustenta no solo, a partir de la información teórica recolectada a través de los trabajos realizados por diversos autores y expuesta anteriormente en reiteradas ocasiones, esto según: Inga & Vara (2006); Estrada, et al (2011); Aponte (2015); Arenas, Escobar & Hincapié (2016); Caspa, (2016); entre otros; sino también a partir de los hallazgos encontrados en el trabajo realizado con la población investigada, lo que en consonancia con lo anterior, evidencia que la familia, en la mayoría de los casos, no está cumpliendo con sus funciones tanto a nivel económico como afectivo, ni está actuando como ambiente protector para el adulto mayor. Situación que se ve reflejada en el siguiente comentario hecho por uno de los adultos mayores del presente estudio: *“De mi familia que me brindaran compañía, que dicha que vinieran mis hijos o la señora y se preocuparan por mí, aunque eso no va a llegar a suceder, tener más apoyo, que me den moral” (A.M)*.

Adicionalmente, con respecto a las relaciones sociales y en consonancia con lo anterior, Netuveli & Blane (2008), hallaron que entre los factores que mejoran la calidad de vida, uno de los más importantes se vincula con el hecho de tener buenas relaciones sociales, aspecto que se evidencia en el presente estudio con uno de los comentarios dados por uno de los adultos mayores, quien expresa que: *“Es importante tener buenas amistades y cuidarlas ya que hacen que mi vida sea mejor, son bendiciones de Dios ”(L.E.M)*.

Con base en lo expuesto anteriormente, se podrían esperar, en la población investigada, en su mayoría, bajas puntuaciones en aspectos de la calidad de vida referentes a las relaciones sociales, sin embargo, las puntuaciones no muestran una predominancia hacia valores negativos. De este modo los resultados obtenidos en esta dimensión, si bien reflejan puntuaciones negativas

enmarcadas en su mayoría entre el rango de puntuación mediana con un 44.4%, solo el 11.1% de los adultos mayores la califican como baja sus relaciones sociales, mientras que el 44.4% restante la califican como alta y muy alta, lo cual se correlaciona, con lo explicado anteriormente, con el hecho de que el ingreso a la institución, les ha posibilitado la creación de nuevos lazos afectivos y creación de nuevas redes de apoyo social que impactan positivamente su calidad de vida. Esto se evidencia, en las siguientes construcciones hechas por algunos de los adultos mayores investigados, en las cuales resaltan la importancia de la relación con los adultos mayores que también hacen parte de la población institucional: *“En cuanto a los otros adultos mayores la compañía es fundamental, así sea para uno enojarse, la convivencia es muy importante, para uno poder disfrutar el tiempo con ellos” (G,G), “El bienestar depende de uno, pero todos los seres humanos necesitamos de alguien por el afecto y el apoyo” (J.M.A).*

Pese a que los adultos mayores de la institución cuentan con un nuevo espacio de socialización, en el cual han tenido y construido nuevas redes de apoyo a nivel afectivo y social, hay un aspecto de dichas relaciones sociales que es de vital importancia para los seres humanos, concerniente a la sexualidad, que se ve afectado por varios factores, entre ellos, la posición que asume el adulto mayor frente a este tema y las dinámicas y disposiciones institucionales.

Por un lado, en cuanto a lo hallado en la población investigada, se identificó que las dinámicas institucionales, dadas sus características y normativas, no posibilitan o proporcionan las condiciones adecuadas para que los adultos mayores vivan abierta, natural y sanamente su sexualidad, enmarcada en la responsabilidad que ella conlleva. Ya que como se ha mencionado anteriormente, tal como plantea Estrada, et al (2011) los adultos mayores institucionalizados son regulados por las decisiones y disposiciones institucionales, situación que afecta, de alguna forma, su autonomía y la vivencia de su sexualidad. Incluso, lo cual deja entrever que dichas normativas y dinámicas institucionales pasan por alto, el hecho de que *“la sexualidad en la vejez es fisiológicamente posible, emocional y afectivamente enriquecedora, fortalece la importancia del afecto, el apego, la comunicación, el compañerismo y el cuidado mutuo” (Araújo & Mancussi, 2016, p. 75).*

Lo anterior evidencia, que, en alguna medida, dichas dinámicas, están enmarcadas en estereotipos culturales, en los que como menciona, Gonzáles, et al (2018), se presenta un rechazo a la sexualidad geriátrica como parte de un estereotipo cultural muy difundido, así, *“la sexualidad*

en este grupo etario, ha permanecido casi siempre apartada, de modo que en su análisis, persisten actitudes retrógradas y su abordaje está influenciado por la incorrecta cultura del envejecimiento que las personas poseen”(p. 86). La vivencia y necesidad de la sexualidad en la vejez y todo lo que esto conlleva, se constata en el único comentario directo hecho al respecto por uno de los participantes del presente estudio: *“Yo soy un tipo que todavía soy una persona ardiente, me hace falta la mujer, es mi único motivo de preocupación, de lo otro me río, no me preocupa nada más, es que yo digo, pero yo como me siento de bien, por qué yo tan solo. A mí me hace falta de una mujer la compañía y la sexualidad” (J.M.A).*

Por otro lado, en cuanto a la posición que asume el adulto mayor frente a su sexualidad, cabe resaltar, que ésta, en la mayoría de los casos se ve enmarcada en la cohibición. Si bien, fue poca la información recabada al respecto, dicha posición se evidenció durante el trabajo de campo realizado con la población investigada, en el proceso de aplicación de las pruebas, ya que, aunque no hay categorías específicas que evalúen este tema por separado y por el contrario, éste se incluye dentro de la calificación general del aspecto de relaciones sociales, lo cual no permite evidenciar cuantitativamente como este aspecto contribuye a los resultados totales obtenidos en dichas relaciones, sin embargo, si se pudo evidenciar mediante la observación durante el proceso de aplicación, que cuando se hacía alusión a este tema, la mayoría de adultos mayores no se expresaban libremente y sentían cierta restricción para hablar sobre la sexualidad, del mismo modo se evidenció que la calificación dada por ellos en este aspecto era más bien regular, enmarcados en puntuaciones asignadas en un rango de mediana e incluso por debajo de la misma.

Lo anterior, debido al acercamiento y conocimiento de la población se podría inferir, está relacionado o atravesado, por factores socioculturales propios de la época en que se desarrollaron los adultos mayores investigados, en la que el sexo y la sexualidad eran vista como tabú, ya que como se evidencia en el estudio de Gonzáles, et al (2018), la actitud de los adultos mayores hacia la sexualidad, está influida por “la existencia de tabúes, prejuicios sociales, creencias erróneas, la manifestación social y familiar de reproches, censura, miedo, risas hacia la sexualidad del adulto mayor” (p. 91), al igual que altamente influida y ligada a aspectos y creencias religiosos, en las que la sexualidad era un asunto privado y pecaminoso, del cual no se podría hablar libremente y que se puede evidenciar en los siguientes planteamientos de Gonzales, et al (2018), en donde, en los adultos mayores, se constata la presencia de “hábitos

culturales y sociales arraigados en todos que defienden el postulado de que no es correcto hablar públicamente de la sexualidad, y en el caso de los ancianos, hasta sería "improcedente" la posibilidad de que vivan su propia sexualidad" (p. 91), es por ello, que cobra relevancia lo planteado por Dulcey (2010), al señalar la importancia de tener siempre presente los aspectos históricos y socioculturales que enmarcan a cada población en específico y que permiten un acercamiento y comprensión más contextualizado que dé cuenta de ciertos fenómenos propios de la misma.

En este orden de ideas y teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se puede evidenciar completa concordancia con lo planteado por los diversos autores nombrados a lo largo del presente estudio y con los resultados obtenidos mediante las diferentes metodologías en el presente trabajo investigativo, con respecto a que hablar de calidad de vida implica hablar de un constructo multidimensional, en el que se deben tener en cuenta diferentes dimensiones de la vida del ser humano y que además, no se puede centrar única y exclusivamente en aspectos objetivos, ya que ésta, esta permeada por la posición personal que asume cada persona frente a sus situaciones particulares y las que el medio le facilita o no, de modo tal que esto, se refleja en el siguiente comentario dado por uno de los adultos mayores investigados: "*La calidad de vida no depende de otros, eso depende es del comportamiento de uno mismo*" (A.M), ya que, como menciona Bowling (1997) "las percepciones de la calidad de vida son multifacéticas y únicas para cada individuo" (citado en Inga & Vara, 2006, p. 476).

Es por ello, que autores como Castellanos (2002) plantean que la calidad de vida incluye, además de las dimensiones mencionadas a lo largo de esta discusión, dimensiones como la espiritualidad; ya que la calidad de vida es concebida por el adulto mayor como un estado de bienestar que lo acoge, que lo hace sentir importante, lo reconoce y lo invita a vivir estados de tranquilidad, en los que como señala Netuveli, & Blane (2008), se resalta la importancia de factores psicológicos como el optimismo, la actitud positiva, la aceptación, entre otros, como se evidencia en el siguiente comentario hecho por uno de los adultos mayores de la investigación; "*Del comportamiento mío personal, preocuparme por mí mismo, no estar pensando por ejemplo en que me voy a caer, porque me caigo (ser positivo), contribuir uno mismo para sobrevivir, de uno depende casi todo*" (G.A), que promueven la adaptación y que mejoran la calidad de vida.

Lo anterior muestra como las características psicológicas y personales de cada persona juegan un papel importante en la calidad de vida de éstas, en la medida, en que promueven y facilitan la adaptación del individuo no solo al medio, sino a las situaciones que en éste se presentan, lo cual está en íntima correlación con el concepto de resiliencia, ya que como plantea Netuveli & Blane (2008), estrechamente ligada a la adaptación está la resiliencia, puesto que se ha hallado, que las personas que en la vejez afrontan mayores adversidades, presentan mayores niveles de resiliencia, lo cual incide en la percepción de una mejor calidad de vida en dicha población.

Lo dicho anteriormente, está en total concordancia con lo hallado en la presente investigación, ya que según los resultados obtenidos con las diferentes metodologías, se pudo evidenciar, que pese a que la población investigada se caracteriza por ser vulnerable, abandonada y excluida en la mayoría de casos, de su núcleo familiar y social, con lo cual podría pensarse, dadas estas circunstancias, que dichas personas tengan una percepción negativa en relación con su calidad de vida, los resultados obtenidos cuantitativamente, muestran que de la población estudiada 8 de cada 9 personas perciben tener una calidad de vida con una puntuación entre alta y muy alta, lo cual representa un 88.88%, mientras que 1 de cada 9 participantes percibe tener una mediana calidad de vida, lo cual se representa con un 11.11% de la población.

Los anteriores resultados, se explican, como se ha mencionado a lo largo del estudio, desde lo hallado cualitativamente, donde se encontró que los adultos mayores, debido a la situación de vulnerabilidad que han enfrentado antes de llegar a la institución, ponen como elemento central para su calidad de vida, la satisfacción de sus necesidades básicas y el acceso a la salud, aspectos con los cuales ahora cuentan en la institución, elementos que se infiere a su vez, influyen de forma importante en la percepción positiva de calidad de vida que tienen los adultos mayores, por lo cual se intuye, dejan de lado otros aspectos relevantes a la hora de calificar objetivamente su calidad de vida, como se deja entrever en los siguientes comentarios dados por algunos de los adultos mayores investigados: *“Estar aquí para mí es una bendición de Dios y una fortuna, ojalá mi esposo y yo hubiésemos llegado aquí 5 años atrás, para no haber tenido que pasar tantas necesidades y sufrimientos, prácticamente vivíamos en una ratonera y a duras penas comíamos”* (M.R), *“para mí estar aquí es mitad bueno y mitad malo, lo bueno es que tengo el “cambuche”, no estoy durmiendo en la calle, viendo ahí una mano de “chirrinchero” aunque eso es muy*

bueno tomarlo, hay que dejarlo...de todos modos, me siento bien, al menos porque tengo la salud, la buena dormida, la alimentación” (A.M).

Lo anterior es apoyado en lo planteado por Cruz (2015), cuando menciona que la institucionalización es un suceso vital y relevante en la vida de muchas personas mayores, que se puede vivenciar de manera positiva o negativa dependiendo de las características personales del adulto mayor y de la manera en que se dé y se asuma dicho suceso, tal como lo reflejan los siguientes comentario de los adultos mayores investigados: *“Para mí la actitud que uno pone también está dentro de la calidad de vida, en ocasiones uno está de mal genio y eso daña la calidad de vida” (G.A), “Todo lo que uno aprenda le ayuda a la calidad de vida, mientras más se aprenda mejor se vivir...también pienso que hay que ser agradecido, si esto es lo que la vida nos puso hay que gozarlo al máximo y eso ayuda a mejorar la calidad de vida porque andar llorando no sirve para nada” (L.A.A).* Por ello, esta misma autora, plantea que la resiliencia en este caso se constituye en un factor de protección que puede ayudar al adulto mayor en el proceso de adaptación positiva y en la buena gestión de las diferentes situaciones que se puedan presentar en dicho suceso.

Con relación a lo anterior aparecen de manera importante, los estudios de Connor, Davidson y Lee (2003), ya que estos observaron que las víctimas de traumas violentos con alta resiliencia *“mostraban una mejor salud física y mental y una menor gravedad de los síntomas postraumáticos, a diferencia de los que presentaban menores niveles de resiliencia, sugirieron entonces que la resiliencia es modificable y susceptible de mejorar” (Urrea, 2015, p. 71),* ya que la resiliencia, puede ser entendida como un proceso o una capacidad, que está anclada a las vivencias de cada uno de los individuos y por lo que lo importante no es el tiempo vivido, sino el modo en que cada persona asume cada circunstancia (*“hay que recibir con amor todo lo que se venga diario, y esa es la calidad de vida primero” (M.R)*), como menciona uno de los adultos, ya que todo esto permite que el sujeto se embarque en importantes retos (Gonzales & Valdez, 2013), es por ello que, MacLeod, et al (2016) plantean que la resiliencia generalmente se ve como un proceso más que como un rasgo de personalidad, indicando que dicha capacidad de recuperación bien puede generarse o potenciarse, lo cual, relaciona los altos niveles de capacidad resiliente con resultados óptimos de una mejor calidad de vida, felicidad y bienestar, así como una reducción de la depresión en la vejez.

Lo anterior refuerza los hallazgos de la presente investigación, los cuales arrojaron una tendencia con respecto a la relación existente entre el nivel de resiliencia global de los adultos mayores investigados y su impacto en la calidad de vida global de los mismos. De este modo, se halló que de la población estudiada 8 de cada 9 personas tienden a tener una resiliencia entre alta y muy alta, con un porcentaje del 88.8%, situación que se puede relacionar (lo que hace suponer y se relaciona), teniendo en cuenta los planteamientos de los autores nombrados anteriormente, con el hecho de que los adultos mayores investigados han sido personas que han tenido que atravesar diversas situaciones difíciles a lo largo de su vida, lo cual corrobora, la tendencia encontrada en los diferentes estudios, en los que los altos niveles de resiliencia se han reflejado aún más en personas que han tenido que verse expuestos y enfrentados a situaciones difíciles e incluso traumáticas, así: “la alta resiliencia se asocia a un mayor bienestar, a pesar de que también se asocia con una mayor presencia de eventos estresantes” (Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, 2017, p. 26).

En este sentido y con base en lo anterior, Cruz (2015) plantea que mayores niveles de resiliencia se relacionan con mayores niveles de calidad de vida, en la medida que una persona dispone de más repertorios de conducta, más recursos o más fortalezas, podrá hacer frente de una manera más adaptativa a las situaciones de crisis, y de esa manera la sensación general será de mayor bienestar, lo cual está en concordancia con los planteamientos dados por MacLeod, et al (2016), quienes sugieren que una mayor capacidad de recuperación o resiliencia en los adultos mayores contribuye significativamente al logro de una mejor calidad de vida, una mejor salud mental y un envejecimiento exitoso a pesar de las adversidades que puedan enfrentar (MacLeod et al, 2016).

Lo anterior, se ve reflejado en los hallazgos de la presente investigación, en la medida en que se encontró una tendencia con respecto a la relación existente entre el nivel de resiliencia global y su impacto en la calidad de vida global de los adultos mayores investigados. De este modo, los resultados sugieren que las personas que presentan niveles entre altos y muy altos de resiliencia equivalen al 88.9% del total de la población, lo cual incide en una calidad de vida entre alta y muy alta con un 77.7%. A su vez, estos resultados reflejan una tendencia, en la que menores niveles de resiliencia suponen una posible relación con niveles más bajos en la percepción de calidad de vida, lo cual refleja una posible tendencia positiva, en la que a mayor nivel de resiliencia mayor

nivel de percepción con respecto a la calidad de vida. Además, estos resultados están en consonancia con los hallazgos de Castro & Rincón (2011) quienes identificaron la importancia de la capacidad resiliente para aprender de las circunstancias y salir fortalecidos de las mismas, lo cual permite afrontar situaciones adversas que se presentan en la vida de manera adecuada y que, aunque pueden ser difíciles y dolorosas, al final se convierten en una fuente de enseñanza para quienes las vivencian.

Lo anterior deja entrever, que en el adulto mayor institucionalizado objeto de esta investigación, la resiliencia juega un papel muy importante en el proceso de adaptación positiva, que influye en lo que algunos autores denominan envejecimiento exitoso (Rowe y Kahn (1987) citados en Hoare (2015) (Cárdenas & López, 2011)) (Condori, 2017) y por ende en la percepción de una buena calidad de vida.

De este modo, se puede evidenciar que la resiliencia al igual que la calidad de vida, es un constructo multidimensional que incluye diferentes aspectos para tener en cuenta. Así, Connor y Davidson (2003), sugieren que la resiliencia es una característica multidimensional integrada por una serie de aspectos personales, que conceden al individuo la posibilidad de surgir aun en frente de situaciones adversas, del mismo modo, Hoare (2015) plantea que la resiliencia debe ser tratada como una construcción multifacética con diferentes ramificaciones culturales, raciales y de clase social.

Teniendo en cuenta lo anterior, Suárez (1997) citado en Jiménez, (2004) plantea que las características personales se pueden constituir en factores protectores internos que se establecen como los pilares de la resiliencia y que se han identificado como una serie de atributos personales. Dichos atributos, según Grotberg (1999); Suárez (1997); Wolin & Wolin (1993) Suárez (1997); Kotliarenko (1995); Kukic (2002); citados en Jiménez & Arguedas (2004), se agrupan en cuatro componentes que son: competencia social, resolución de problemas, autonomía y sentido de vida, y según Connor y Davidson (2003) citados en Crespo, Fernández & Soberón (2014) son: competencia personal, auto exigencia y tenacidad; confianza en la propia intuición y tolerancia a la adversidad; aceptación positiva del cambio y establecimiento de relaciones seguras; control; influencias espirituales. Es importante tener en cuenta que, si bien las clasificaciones anteriores utilizan términos diferentes en sus denominaciones, en esencia apuntan y engloban las mismas características internas que hacen parte del constructo resiliencia.

En este sentido, teniendo en cuenta los resultados tanto cuantitativos como cualitativos de la presente investigación, se encontró una tendencia significativa en relación con la alta incidencia y puntuación en cada uno de los factores de resiliencia investigados; así, en la población estudiada se halló, que con respecto al factor de competencia personal 6 de cada 9 personas investigadas tienen una tendencia a puntuaciones muy altas en este factor, lo cual equivale al 66.67% de la población investigada, mientras que el restante de la población con un 33.33%, es decir 3 de cada 9 personas presentan una puntuación de competencia personal alta. En lo concerniente al factor espiritualidad en la población estudiada, se refleja una puntuación muy alta con una proporción de 7 de cada 9 personas investigadas, lo cual equivale al 77.78%, mientras 2 de cada 9 participantes presentan una puntuación en espiritualidad como alta con 22.22%.

Así mismo, con respecto al factor relaciones seguras, se evidencia una prevalencia muy alta del mismo, con un 88.89%, es decir, cada 8 de 9 participantes, además, 1 de cada 9 participantes tiene una puntuación alta en el mismo factor, con un 11.11%. Con respecto al factor control de resiliencia, se evidencia que un 77.78% puntúan en el rango de muy alto, que comprende a 7 de cada 9 personas, así mismo, se encontró que 1 de cada 9 participantes del estudio, puntúa alto en el mismo factor con un 11.11%, porcentaje que se repite en quienes obtienen una puntuación mediana en el mismo factor. En cuanto al factor confianza-instinto, 7 de cada 9 adultos mayores tienden a tener una puntuación entre alta y muy alta con un 77, 77%, mientras que 1 de cada 9 participantes tiende a tener una puntuación mediana en el mismo factor con un 11.11% porcentaje, valor que se repite con respecto a quienes tienden a tener una baja calificación en este factor de resiliencia. A diferencia de los otros factores evaluados de resiliencia, es en este último es el único en el que pudo evidenciar una leve aparición de una calificación media y baja, apareciendo una sutil tendencia hacia lo negativo.

Los resultados anteriores, según los análisis hechos en la presente investigación evidencian una tendencia hacia una posible incidencia positiva de los diferentes factores en relación con la calidad de vida de las personas investigadas. Si bien, cada uno de los factores de resiliencia evaluados presentan puntuaciones casi en su totalidad tendientes a puntuaciones entre altas y muy altas, se puede inferir desde los resultados obtenidos con la metodología cualitativa, que hay dos de ellos que son de vital importancia en la presente investigación, y que según el rastreo bibliográficos y los análisis realizados, son los que cobran mayor relevancia a la hora de evaluar

la calidad de vida percibida por los adultos mayores. En este sentido, se puede resaltar la importancia del factor espiritualidad y del factor relaciones seguras.

En cuanto al factor espiritualidad, es de suma importancia resaltar que dicho factor, es tenido en cuenta, no solo en las pruebas que miden resiliencia, sino en las que miden calidad de vida, lo cual, subraya su importancia; ya que como menciona Castellanos (2002), con respecto a la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados, entre las categorías fundamentales se encuentra “la espiritualidad que comprende aspectos como liberación, esperanza, credo religioso y muerte” (p. 94). Con base en lo anterior y teniendo en cuenta que la espiritualidad es un factor discriminado entre las características concernientes a la resiliencia, en la presente investigación se halló una posible incidencia positiva entre las altas puntuaciones del factor espiritualidad en la prueba de resiliencia y los resultados referente a la calidad de vida arrojados en la presente investigación. Así, los análisis cuantitativos evidencian una tendencia en la cual, se reflejan puntuaciones entre alta y muy alta en el factor espiritualidad que posiblemente se proyectan de manera positiva en la calidad de vida y que se evidencian en que el 88.8% de la población posean una percepción entre alta y muy alta sobre su calidad de vida.

Los hallazgos anteriores se relacionan con lo encontrado en los estudios realizados por Castellanos (2002) en los que, con respecto a la espiritualidad se encontraron tendencias significativas de ésta, que permitieron dar cuenta del papel que desempeña en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor. Ya que, como sustenta este autor, en la vejez, el adulto mayor dirige su interés más hacia procesos de autorreflexión y hacia la búsqueda y comprensión de sí mismo, de esta forma, la espiritualidad, le posibilita un sentido de vida en un momento fundamental de su atapa vital, en la cual siente que carece de un proyecto de vida, de una fuerza que le ayude a direccionar su presente y lo conduce a pensar que su vida ya no tiene valor. Por ello, es que la religión se constituye en una de las principales vías para recuperar ese sentido de vida perdido. La espiritualidad, además, simboliza para el adulto mayor la posibilidad de liberación del sufrimiento que conlleva la carga de sus remordimientos y en el arrepentimiento, con respecto a las acciones que pudo llevar a cabo en su pasado (Castellanos, 2002), así, lo anterior, se evidencia en el siguiente comentario dado por uno de los adultos mayores, en el que refleja lo que considera necesario para sentirse bien con la vida: “*La tranquilidad, la paz, la paz*

espiritual, tener fe, creer en Dios que el todo lo puede, tener mi mente en paz, no tener remordimiento, el alma tranquila” (M.R).

Es importante resaltar que, aunque la espiritualidad, como evidencian los autores anteriores, envuelve la fe y la religión no se limita a ella. Sin embargo, en la población investigada dada sus características históricas enmarcadas en fuertes valores y creencias religiosas, se da una considerable importancia a la fe y a la creencia en Dios. Para los adultos mayores investigados, la fe en Dios se convierte en su principal fuente de sentido de vida, apoyo y aliciente y, es en su fe y en su creencia en Dios en lo que primero se aferran en su diario vivir y en las situaciones que les genera malestar o representan una dificultad, de modo tal, que encuentran así una manera más tranquila de atravesar las situaciones difíciles y de paso sobreponerse a las mismas. Lo anteriormente expuesto se sustenta en la presente investigación, no solo con comentarios de los adultos mayores investigados como los siguientes: *“Lo que a mí me da malestar es estar uno enfermo, yo me preocupo por esta enfermedad que tengo, pero también pienso, estoy en manos del Dios vivo y de poder y él me salva, él me sana. Confiar en Dios es lo más importante y si yo solo me dedico a quejarme no hago nada” (M.R), “Yo me aferro a dios, yo creo mucho en dios, yo oro y le pido a dios que no me pase nada, rezo cuando me acuesto y cuando me levanto y pido también por los demás, no soy capaz de acostarme como un animal “mani-cruzado” sin orar, eso me hace descansar, me da tranquilidad” (A.M), “Yo me aferro a Dios y a ser positiva” (M.R),* sino, en los planteamientos de autores como Castro & Rincón (2011), quienes encontraron que, entre otros factores, la fe y la religión, son recursos importantes que se ponen en marcha y que juegan un papel importante en la capacidad de asumir las adversidades, e impactan el bienestar psicológico y social, disminuyendo los factores vulnerables que se presentan al momento de una crisis, así, como lo señala Gonzalvo (2014), quien menciona, que los adultos mayores institucionalizados prestan suma importancia a su creencia religiosa.

Del mismo modo, en lo concerniente a la espiritualidad, esta cobra vital importancia en la vejez por varias razones, entre ellas, como menciona Castellanos (2002), porque el adulto mayor manifiesta *“necesidades de autoconocimiento, de reconciliación consigo mismo y con los demás”* (pp. 123-124). Lo cual se evidencia en la teoría de Erickson (1950) citado en Sánchez (2004), en la que se establece, que la vejez es una etapa no deseada, debido a que trae a colación elementos de la vida del sujeto que no tolera o que lo llenan de culpas, resentimientos, remordimientos

desilusiones y sinsentidos. Es por ello, por lo que en el adulto mayor “se percibe un sujeto que necesita movilizar sus sentimientos” (Castellanos, 2002, p. 124). Lo anterior se evidencia en el siguiente comentario hecho por uno de los adultos mayores participantes en el presente estudio: *“El perdón, perdonar porque uno siempre tiene heridas muy grandes que son difíciles de cerrar y que incluso no se cierran jamás... Pero perdonar de parte y parte y perdonar de corazón no solo de boca” (L.A.A).*

Así mismo, otra de las razones por la cual la espiritualidad cobra gran relevancia en la vejez, se relaciona con los planteamientos de San Martín (2007) citado en Aponte (2015), quien encontró que dada la cercanía con la muerte, el adulto mayor otorga gran importancia a su dimensión espiritual, con el fin de sobrellevar la angustia y la confusión que ello le produce, así como se evidencia en los siguientes comentarios de los adultos mayores investigados: *“Yo le tengo miedo a la muerte, me falta todavía mucho trayecto para recorrer, yo estoy bien y sano” (J.M.A), Me preocupa las enfermedades mías y de mi esposo, pero le pido mucha fortaleza a Dios para poder seguir” (M.R), “ Me preocupa mucho la salud, uno se deteriora mucho, los años no llegan solos... Lo único que me preocupa es morir” (A.M).*

Por otra parte, con respecto al factor relaciones seguras, se puede evidenciar que, al igual que el factor espiritualidad, es un aspecto que hace parte tanto del constructo de calidad de vida, como de los factores a tener en cuenta en la clasificación de la resiliencia en las pruebas empleadas, aspecto que señala la importancia de este. Se puede evidenciar en los resultados obtenidos que, en la escala de resiliencia, dicho factor presentó puntuaciones muy altas, con un 88.89%, es decir, el equivalente a 8 de cada 9 participantes. Del mismo modo, los resultados del cuestionario de calidad de vida reflejan que el 44.44% de la población estudiada, percibe tener unas buenas relaciones sociales, puntuándolas, entre alta y muy alta, lo cual equivale a 4 de cada 9 personas investigadas. Por otro lado, se evidencia que casi la mitad de la población con 44.44% percibe sus relaciones sociales como regulares, puntuándose como mediana en la escala. Finalmente, solo un 11.11% de los participantes evalúa como malas sus relaciones sociales, puntuándola como baja en la escala. Aunque los resultados obtenidos en la escala de resiliencia son más altos que los obtenidos en el cuestionario de calidad de vida, este último no refleja la falta de apoyo y de redes afectivas, sociales y emocionales, a la cual se ha hecho alusión a lo largo del presente estudio y que se presenta como un aspecto central en los adultos mayores, sin

embargo, con las puntuaciones positivas de resiliencia, se infiere una incidencia de las actuales relaciones establecidas en la institución a las que se aludió anteriormente.

Pese a que en los hallazgos cuantitativos, no se evidencia una tendencia significativa bajas puntuaciones en el factor relaciones seguras en la escala de resiliencia que supongan un posible impacto negativo en los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad de vida global en los adultos mayores investigados, si se presenta, en el constructo de calidad de vida como una de las dimensiones que obtuvo puntuaciones entre regular y baja, puntuaciones que se acercan más a los resultados expuestos a lo largo de la presente investigación a nivel cualitativo, en los que se manifestó el papel que la familia juega en dichas puntuaciones, ya que, en esta población los vínculos a nivel familiar, no se presenta como un factor protector para el adulto mayor y de algún modo, dichos resultados están en consonancia, en cierta medida, con la Teoría de la desvinculación o “teoría del retraimiento”, postulada por E. Cumming y W.E Henry en 1961 y posteriormente por Schaie y Neugarten. Esta teoría psicosocial del envejecimiento, plantea que en la vejez, se ven afectadas las relaciones entre el individuo y la sociedad, de este modo, se va produciendo una dinámica caracterizada por la ruptura, alejamiento o disolución del anciano con su red social de pertenencia, lo cual, en la presente investigación se refleja principalmente en el ámbito de las relaciones familiares (Merchán, s. f.), lo que a su vez, está en consonancia con los hallazgos del estudio de Andrade (2014), en los que se encontró, que con respecto a las relaciones familiares, la mayoría de adultos mayores de su investigación se sienten desamparados por parte de sus familias, afectando de forma significativa la autopercepción del adulto mayor. Con base en lo anterior, resulta relevante lo encontrado por Aponte (2015), cuando plantea que, uno de los principales motivos por los que el adulto mayor pierde la motivación para seguir con su vida afectando su bienestar, es la pérdida o disminución del apoyo familiar y social.

Así mismo, la Teoría de la desvinculación o “teoría del retraimiento”, plantea que, al darse dicha ruptura, el adulto mayor no busca o se procura la inscripción a otros grupos sociales. Proponiendo que en el adulto mayor se van suscitando comportamientos y reacciones que lo impulsan a la búsqueda del retiro social, como un lugar adecuado, deseado y óptimo para conseguir la satisfacción personal en su vejez. Se puede decir que se produce entonces un alejamiento de interacciones sociales, un desinterés por la vida de los demás, reducción de compromisos sociales, interés principal centrado en sí mismo, en su mundo interior y

circunstancias personales. Sin embargo, lo anterior no se relaciona con los hallazgos de la presente investigación, ya que, por el contrario, se evidencia la necesidad y el deseo en el adulto mayor investigado de crear nuevos vínculos sociales y afectivos frente a la ausencia o carencia de vínculos familiares y sociales que, son característicos en la mayoría de los adultos mayores objeto de estudio. Esto se refleja en el siguiente comentario elaborado por uno de los adultos mayores participantes del estudio: *“Yo me siento muy contenta porque yo era una persona muy solitaria, y me siento muy contenta con tantas personas a mi alrededor, me siento segura y protegida, muy querida, siento que me entienden, que me escuchan que me comprenden, este espacio para mi es mi hogar, y vivo muy agradecida”* (L.A.A). Lo anterior, dilucida lo planteado por Caspa (2016), quien indica que en el adulto mayor se presenta, en cierta medida, una incapacidad para sentirse bien estando solo, ya que siente necesario tener compañía para sentirse importante para sí mismo y los demás.

Con lo anterior, se evidencia, como plantea la teoría del ciclo vital, que la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal, sino que hace parte de un proceso en el cual el individuo mantiene la interacción con la sociedad, al igual que como se hace en etapas anteriores (Aranibar, 2001). Estos planteamientos se reflejan en el siguiente comentario elaborado por uno de los adultos mayores del presente estudio: *“Considero que está es simplemente una nueva etapa de vida, un nuevo proceso que estoy pasando y estar en el hogar no significa que se me acabo la vida... Muchos creemos o creen que por llegar al hogar se nos cabo la vida, pero eso no es así, empezamos una nueva etapa. Por lo tanto, esta etapa de mi vida es excelente, mientras más vivo más quiero vivir, día a día aprendo más y quiero seguir aprendiendo”* (L.A.A).

Con lo planteado hasta el momento, se hace notorio, que ante la carencia de redes de apoyo familiares y comunitarias, los adultos mayores encuentran en la institución la posibilidad de tener una vejez tranquila, atravesada por la oportunidad de encontrar en dicha institución, nuevas redes de apoyo que le facilitan una valoración positiva de sí mismo, favoreciéndose así su adaptación y aceptación al medio institucional (Soria & Rodríguez, 2002), lo cual impacta positivamente, en este caso, la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados objeto de la presente investigación, con lo que se puede observar como plantea Castellanos (2002): “que el concepto de calidad de vida del adulto mayor está en su mayoría representado por los vínculos

afectivos que provienen de otras personas y, no necesariamente se limita a los miembros de la familia biológica”, lo que, “la hace una categoría movilizada por elementos afectivos externos a él. Por tanto, el adulto mayor percibe bienestar desde las expresiones afectivas, de compañía, apoyo y seguridad” (Castellanos, 2002, p. 112). Todo lo anterior se relaciona con la enunciación de un participante del presente estudio donde plantea que: *“Me encuentro muy bien en esta etapa de vida, súper bien porque pienso que yo aquí no me siento arrimada, yo aquí me siento como en mi casa, yo no tengo otra casa sino esta, aquí hay de todo, hay amor, cariño, comprensión”* (M.R.).

De este modo, se evidencia como las redes sociales discriminadas anteriormente y que surgen dentro del ambiente institucional, se relacionan de forma positiva con la resiliencia, en la medida en que la adquisición de dichas redes posibilita, no solo la adquisición de nuevas fuentes de apoyo afectivo y social, sino también, el buscar en ellas un recurso para mitigar los efectos negativos que puedan producirse como fruto de alguna dificultad, lo cual facilita y ayuda a encontrar mejores maneras para superar dichas circunstancias, debido a que se tienen fuentes a las cuales recurrir, con lo cual, se refleja la búsqueda de apoyo, como situación que promueve la resiliencia. Del mismo modo, los altos niveles de resiliencia facilitan la creación y búsqueda de dichas redes sociales de apoyo afectivo y social, con lo cual se revela una relación interdependiente entre la resiliencia y el establecimiento de relaciones sociales seguras, ya que como señala Netuveli & Blane (2008), más allá del vínculo sanguíneo o la duración del mismo, lo realmente importante es la calidad de éste, por lo cual, dicha calidad es la que promueve la resiliencia, lo que a su vez impacta y se refleja en mejores percepciones de calidad de vida. Así mismo, el apoyo emocional está asociado positivamente con la calidad de vida (Netuveli & Blane, 2008). Lo anterior se relaciona con los siguientes comentarios dados por los adultos mayores investigados: *“Aquí hay una armonía colaboran mucho con que aprendamos, con que hagamos gimnasia, nos traen a las psicólogas, que nos ubiquen en la realidad de quienes somos, y para que estamos en esta vida, sin ninguna presión, sino con amor y cariño, hacen un favor extraordinario y eso le abre las puertas a uno”* (M.R.), *“Aquí no me falta nada, el trato y el cariño es especial. Las enfermeras son personas muy especiales, del mismo modo las psicólogas, aquí nos hacen mover, bailar, me hace feliz ver como cuidan a otros abuelitos* (L.A.A), *“Yo me siento muy bien, aquí en la casa en la que estoy me siento en mi hogar, siempre están pendientes de uno”* (L.E.M).

En esta misma vía, cabe resaltar que en el establecimiento de dichas relaciones cobra gran relevancia no solo lo que se recibe del otro, sino lo que se puede ofrecer y dar al mismo, ya que, en palabras de Bishop (1999), citado en Inga & Vara (2006), se evidencia que “la interdependencia podría ser tan importante para la calidad de vida como la independencia y la autonomía” (p. 483). Así mismo, como resaltan Jiménez & Arguedas (2004), las intenciones y propósitos de los adultos mayores giran en torno, no solo al hecho de mantener una independencia económica o social, sino al hecho de poder ayudar a otros a adquirir destrezas. Esto se refleja en los siguientes comentarios de los adultos mayores investigados: *“Si tenemos la oportunidad de hacer un favor hacerlo todo eso me hace sentir bien conmigo mismo, porque esa es la vida servirnos los unos a los otros...tener buenos pensamientos realizar buenas obras, mantenerme activo, servir y ser útil a los demás” (A.A.V), “Tener buenas amistades, cuidarlas ya que hacen que mi vida sea mejor, son bendiciones de Dios ”(L.E.M), “mis talentos y ocupaciones me hacen sentir útil y feliz y sobre todo me hacen sentir bien porque con ellos puedo ayudar a la gente y ver que la gente se pone feliz eso me hace feliz” (G.G).*

Lo anterior se relaciona con los planteamientos de Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero (2017), quienes indican que la resiliencia ayuda a los adultos mayores a superar factores de riesgo como la soledad, mediante las buenas relaciones y redes de apoyo social como: amigos, compañeros entre otros. Lo que evidencia que: “hay relación directa entre la satisfacción de vida y el refuerzo social” en opinión de Ranzijn (2002) citado en Inga & Vara (2006, p. 483), así mismo, como plantean Crowe (1996); Hamilton, et al. (1999); Labonte, (1998); Riley (1998), citados en Inga & Vara (2006).

Aun cuando, en los anteriores párrafos, se ha dejado de relieve la relevancia de los dos factores resilientes descritos anteriormente (espiritualidad y relaciones seguras), esto no implica, que factores como competencia personal, confianza-instinto y control, no resulten importantes para los hallazgos de la presente investigación en lo concerniente a los niveles globales de resiliencia y calidad de vida. De este modo, se evidenciaron altas puntuaciones en relación a dichos factores, los cuales, en su mayoría se encuentran entre los rangos de puntuación alta y muy alto, sin embargo son los únicos que presentan una ligera tendencia a puntuaciones medias, con respecto a los valores obtenidos en espiritualidad y relaciones seguras que solo presentaron puntuaciones altas y muy altas.

En primer lugar, en cuanto al factor competencia personal, se encontró la predominancia de tendencias a puntuaciones entre los rangos de alta y muy alta, así, el 66.7% de la población se encuentra en el rango de puntuación muy alta, mientras que el 33.3% restante se encuentra en el rango de puntuación alta, lo cual refleja una posible relación positiva de este factor en la percepción de calidad de vida, ya que el 88.8% de la población tiene una percepción entre alta y muy alta sobre su calidad de vida, es decir que el nivel de competencia personal de la población objeto de estudio, podría reflejarse de alguna forma en la percepción de la calidad de vida de la misma.

El factor competencia personal a nivel cuantitativo reflejó resultados positivos enmarcados en rangos de puntuación altos y muy altos, así mismo en los resultados y análisis realizados a nivel cualitativo, se puede evidenciar la relevancia de este factor en la calidad de vida y como una posible incidencia de los altos niveles de resiliencia global en la calidad de vida de los adultos mayores objeto de esta investigación. Así, con base en lo anterior, se ha encontrado que, en lo concerniente a la resiliencia, esta puede ser generada y nutrida, como plantea Hoare (2015), entre otros aspectos, por estilos de vida mentalmente comprometidos, el mantenimiento o la expansión de las capacidades intelectuales, la autonomía y una sensación de agencia activa en el control de la propia vida y, como mencionan Jiménez & Arguedas (2004), por intereses especiales, metas, motivación para el logro, aspiraciones educativas, optimismo, persistencia y sentido de propósito, los cuales fueron característicos de las personas adultas mayores de los estudios de estos autores.

Lo anterior, en el presente estudio se evidencia en comentarios como los siguientes: *“Si, dicen que la perseverancia puede lo que la dicha no alcanza, en mi forma de ser yo tengo un don...me esfuerzo por las cosas y quisiera esforzarme más, hasta que Dios me de licencia”* (A.M), *“Si tenemos la oportunidad de hacer un favor hacerlo todo eso me hace sentir bien conmigo mismo, porque esa es la vida servirnos los unos a los otros... tener buenos pensamientos realizar buenas obras, mantenerme activo, servir y ser útil a los demás”*(L.E.M), *porque tengo la disposición y la capacidad de hacer lo que sea para conseguir lo que me propongo”* (J.M.A), *“Del comportamiento mío personal, preocuparme por mí mismo, no estar pensando por ejemplo en que me voy a caer, porque me caigo (ser positivo), contribuir uno mismo para sobrevivir, de uno depende casi todo, en lo principal es en el dialogo con los otros, eso depende de uno mismo”* (G.A), *“Mantener ocupada mi mente y Mantenerme bien, bonita,*

limpia, agradable” (L.A.A), “ser una persona muy activa y eso es importante porque así me consigo mis cosas personales yo misma, con mi trabajito”(L.A.A), “estar uno activo, tratar de hacer algo manualidades, tratar de colaborar con la escoba, de pronto algo para uno mantener la mente ocupada, porque si vengo y me siento todo el día entonces me voy a aburrir, mientras que si yo me mantengo activa mi mente puede evolucionar mejor”(L.A.A). Se evidencia así, que cobran relevancia, los planteamientos de Hoare (2015) cuando dice que, entre otros aspectos, el optimismo, una sensación de buena autoestima, mentalidad de logro, la salud emocional, y el éxito cognitivo son indicadores de resiliencia.

Todo esto, constata la importancia que dan lo adultos mayores no solo a ayudar a otros como se ha indicado anteriormente y como evidencian autores como (Jiménez & Arguedas (2004); Andrade, 2014, pp. 46-71) sino, de asumir la vejez como una etapa en la que sigue presente el deseo de continuar adquiriendo nuevas destrezas, conocimientos y habilidades, como se muestra en el siguiente comentario: *“Todo lo que uno aprenda le ayuda a la calidad de vida, mientras más se aprenda mejor se vivir...”(L.A.A),* que le permitan al adulto mayor sentirse mejor consigo mismo y con la vida, así mismo, encontrar en dichos aprendizajes motivos para continuar con su propósito vital, lo cual de esta manera, se convierte en un aspecto al cual aferrarse o por el cual motivarse a la hora de continuar con su existencia, lo que contribuye a una mejor percepción de calidad de vida, ya que, de esta manera el adulto mayor se siente útil y productivo para sí mismo y los demás, tal como evidencian (Suarez (1997); Castro & Rincón (2011); Gonzalvo (2014); Araújo & Mancussi (2016); Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero, (2017); López (2017)) y como refleja el siguiente comentario de un adulto mayor objeto de estudio: *“Me ayuda a mi calidad de vida el hecho de mantener siempre algo que hacer, la actividad”(G.G).*

En segundo lugar, en cuanto al factor confianza-instinto, en los hallazgos a nivel cuantitativo se reflejan puntuaciones entre los rangos de alta y muy alta, así, 33.3% de la población se encuentra en el rango de puntuación muy alta mientras que un 44.4% se encuentra en el rango de puntuación alta. Se puede notar, que a diferencia de los otros factores evaluados de resiliencia, en los que se presentan puntuaciones únicamente tendientes a lo positivo, en este factor confianza instinto, se ve una leve aparición de una calificación media y baja, apareciendo una sutil tendencia hacia lo negativo, sin embargo, los resultados en los rangos de puntuación mediana y baja, no reflejan una tendencia en la que se pueda inferir una posible relación de este factor, con

una percepción negativa de calidad de vida, ya que solo el 11.1% de los adultos mayores investigados, manifiesta una mediana percepción de calidad de vida, lo cual no se relaciona o se explica directamente por puntajes bajos en este factor de resiliencia, debido a que el 88.8% de los adultos mayores manifiestan una percepción de calidad de vida entre alta y muy alta.

Lo anterior, desde lo obtenido a nivel cualitativo, se infiere que se relaciona, con el hecho de que pese a las dificultades sufridas por la mayoría de adultos mayores entrevistados, éstas representan para ellos, no solo una fuente de sufrimiento, sino una fuente de aprendizaje y sabiduría, como se refleja en el siguiente comentario dado por uno de los adultos mayores de la presente investigación: *“Si contribuye mucho, porque hay personas inclusive más adultas que uno y me han enseñado que ellos también han tenido un pasado negativo y entonces me han dado aliento para yo seguir adelante”*(G.G.).

Lo anterior de alguna manera presenta ciertas discrepancias, con algunos aspectos de los hallazgos de Castellanos (2002), quien plantea que, en el adulto mayor, que vive en un ambiente institucional, se tiende a presentar una autovaloración baja, debido a que se autocrítica de manera muy severa, por los errores cometidos en su pasado y en su presente, por no ser autónomo en la toma de decisiones actuales y a futuro. Así, si bien, en el adulto mayor institucionalizado objeto de esta investigación, se presentan culpas y remordimientos que generan malestar en ellos, esto no necesariamente implica una autovaloración negativa de sí mismo, ya que incluso, las situaciones negativas o errores del pasado, según reflejan los adultos mayores investigados, han servido como fuente de aprendizaje, tal como se muestra en los siguientes comentarios de los adultos mayores participantes en el presente estudio: *“Cuando tengo arta necesidad, recuerdo que he tenido de sobra, tuve muchas cosas, me sobraba la comida y lo que quería, mi plata en el bolsillo, comparo lo de atrás y digo que no puedo quejarme”* (J.M.A), *“A mí me echaban de los trabajo por borracho e irresponsable, sino yo estuviera jubilado, porque con lo que yo aprendía a hacer me ganaba la vida... el comportamiento de uno es el que hace que uno pueda estar bien, porque le pido a Dios no volver nunca a la calle, no se la deseo a nadie”* (A.M).

Con base en lo anterior, se ve la importancia de las experiencias previas vivenciadas por los adultos mayores, como fuente de aprendizaje y sabiduría de las cuales toman lo positivo, ya que antes les han ayudado a salir adelante, siendo situaciones a las cuales se aferran y sienten orgullosos al momento de atravesar o vivir nuevas dificultades o, simplemente porque éstas les

han permitido llegar a la etapa en la que se encuentran y, a la que no muchas personas pueden llegar, tal como se evidencia en el siguiente comentario :“*Me llena de orgullo, ser una adulta mayor*”(M.R), lo que les ha generado confianza en sus experiencias vitales, Así, teniendo en cuenta los planteamientos de Erick Erickson en su Teoría del Desarrollo Psicosocial (1950) citado en Sánchez (2004) en la vejez, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, tanto los sanos como los patológicos, como se evidencia en el siguiente comentario dado por uno de ellos adultos mayores del presente estudio: “*Yo como adulta mayor me siento obligada a vivir mejor, a dejar el estrés, a dejar que las cosas sigan pasando. Uno en esta etapa hace un reencuentro de cómo vivió*” (A.A.V).

Es por ello, que, según Erickson, es de suma importancia, la aceptación de sí, de la historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial, la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; así como la convicción de su propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad. De este modo, la sabiduría, recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos sus significados (Sánchez, 2004), lo cual se evidencia en el siguiente comentario dado por uno de los participantes de la presente investigación: “*Yo me siento feliz de la vida que tengo, yo ya viví, yo ya estoy en un ciclo diferente, no puedo pensar como si tuviera 18, o en que tengo 40, sino que yo estoy contenta de saber que llegue a la edad que tengo y no me siento mal, yo estoy feliz, valió la pena vivir y estar viva todavía*” (A.A.V).

En esta misma línea la Teoría de la continuidad de Robert Atchley (1971,1972) citado en Merchán (s. f), menciona que, en el adulto mayor, su estilo de vida puede estar determinado, entre otros factores, por los hábitos, estilos de vida y la manera de ser y comportarse que ha seguido a lo largo de su vida en el pasado. También se pueden resaltar los planteamientos de Arenas, Escobar & Hincapié (2016), quienes señalan que, entre los aspectos positivos asociados a la vejez y a una mejor percepción con respecto a la calidad de vida, están en relación con la satisfacción por el deber cumplido, la experiencia y sabiduría personal.

Del mismo modo, en lo anterior se refleja concordancia con los hallazgos obtenidos por Aponte (2015), quien encontró que las personas de la tercera edad, “sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de

vida” (p. 173), lo anterior se relaciona con los hallazgos Araújo & Mancussi (2016), quienes señalan, que una de las características del comportamiento resiliente es la autoconfianza. Además, los hallazgos obtenidos a nivel cualitativo en la presente investigación, presentan consonancia con los planteamientos de Araújo & Mancussi (2016), quienes señalan que la persona resiliente tiene características específicas, tales como tener un sentido de confianza en sí mismo, la creencia en su capacidad personal y la capacidad para resolver problemas. Así mismo se resalta tanto la capacidad de administrar las emociones y la capacidad de mantener la calma ante un problema, como la capacidad de utilizar las pistas y "leer" a otras personas, para saber qué hacer en determinada situación.

Es por ello, en esta misma vía, que, en tercer lugar, con respecto al factor control, en los resultados obtenidos a nivel cuantitativo, se encontró una tendencia a puntuaciones entre los rangos de alta y muy alta, así, 77.8% de la población se encuentra en el rango de puntuación muy alta, mientras que un 11.1% se encuentra en el rango de puntuación alta. Así mismo, los resultados en este factor evidencian la importancia de éste, en los resultados de resiliencia y calidad de vida global de los adultos mayores investigados en el presente estudio. Dicho factor, cobra relevancia en la medida en que se relaciona, como mencionan Araújo & Mancussi (2016) con el control de los impulsos y el no dejarse llevar por la emoción, además, con saber identificar cuándo hablar y cuándo callar y, de cierta manera con la capacidad de entender los estados psicológicos de los demás, teniendo en cuenta sus emociones y sentimientos, para saber cómo actuar con las personas. Aspectos que se reflejan en las siguientes elaboraciones realizadas por los adultos mayores de la presente investigación: *“El que le habla a uno bien y el que no se deja callado, yo no he sido de tener problemas con nadie, nosotros dormimos 8 en la misma habitación y todos nos respetamos, ninguno molesta al otro, en ese sentido hay mucho respeto, nadie toca lo de nadie, no se tiene quejas, eso lo mantiene a uno tranquilo”*(J.M.A), *“Si uno se deja indisponer fácilmente no, pero si uno tiene paciencia y sabe llevar a las personas”* (L.A.A), *“Para mí sí, yo soy un tipo que no se mete con nadie, ni llevo ni pongo quejas, y el que me haga mala cara o me trate mal yo me hago el disimulado como el que no oí, ni formo peleas como otros que por nada forman un tropel, la convivencia es la actitud de uno mismo”* (G.A).

Todo lo expuesto anteriormente, refleja que hay ciertas actitudes, posiciones, emociones, que caracterizan a las personas que presentan altos niveles de resiliencia, de las cuales, con respecto

a los hallazgos y resultados obtenidos con la presente investigación, en su mayoría se han visto facilitadas o como resultado de las vivencias y experiencias personales, que han tenido los adultos mayores objeto del presente estudio.

De este modo, si bien para algunos autores la resiliencia puede ser un atributo innato de la personalidad, para muchos otros, es el resultado de la interacción con las circunstancias y el medio social, que permite y promueve la aparición de dicha capacidad, como se evidencia en los postulados de Rutter (1992) citado en Kotlarienco & Cáceres (2011) citado en Burán, (2017), quien plantea que la resiliencia, constituye una combinación entre procesos sociales, ambientales e intrapsíquicos. De modo que, a lo largo de la vida, estos procesos se combinan interactuando entre atributos del individuo y del contexto social y cultural. Por ello, no puede pensarse la resiliencia como algo innato ni como una capacidad o atributo que se desarrolla en el tiempo con el ambiente, sino, como una interacción de estas variables, como mencionan Jiménez (2011); Nebel (2008) citados en Cruz (2015), quienes describen que la resiliencia no solo tiene un componente innato, sino que también posee un componente aprendido (Cruz, 2015).

Cuando se hace alusión a la resiliencia como capacidad aprendida, esta se define como “un conjunto de variables que protegen de los eventos estresantes o peligrosos favoreciendo la adaptación que puede ser fomentada, desarrollada y aprendida” (Jiménez, 2011; Nebel, 2008, citados en Cruz, 2015, p. 10). Del mismo modo, la resiliencia como capacidad, según los hallazgos de Hoare (2015), se ha relacionado con condiciones de apoyo social y amplios recursos socioeconómicos, lo cual, no se relaciona con los hallazgos del presente estudio, en la medida en que como se pudo evidenciar, como resultado de los análisis realizados, los altos niveles de resiliencia en la población estudiada, están relacionados con la presencia de situaciones difíciles atravesadas por los adultos mayores, lo cual se encuentra en consonancia con los planteamientos de Richardson (2002) citado en Crespo; Castro & Rincón (2011); Fernández & Soberón (2014) y con los hallazgos de Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero (2017).

Así mismo, se resalta una adaptación positiva al medio institucional en los adultos mayores investigados en el presente estudio, lo cual, según los análisis realizados y los resultados obtenidos, se relacionan con los altos niveles de resiliencia que éstos presentan, lo que, a su vez, supone una incidencia positiva en los resultados obtenidos con respecto a la percepción de calidad de vida de la población investigada. Lo anterior, no solo se evidencia como resultado de

la presente investigación, en comentarios de los adultos mayores investigados como el siguiente *“pues al principio las reglas, yo estaba enseñada a entrar y salir a la hora que yo quisiera, yo entraba y salía, pero ya me acostumbré y me adapte, me dio muy duro al principio, pero como para todos es una regla todos debemos hacerlo y así logré adaptarme fácil. Además, entendí que lo hacen porque me quieren y se preocupan por mí”* (L.A.A) sino que también, se ve reflejado en los planteamientos de Hu, Zhang y Wang (2015) citados por Hoare (2015), quienes mencionan que la adaptación positiva, es un marcador claro de resiliencia; en los hallazgos obtenidos por Hoare (2015) quien encontró que en los estudios de resiliencia, la adaptabilidad positiva es entre otros, uno de los indicadores de la misma; y en los estudios de Castro & Rincón (2011); Becoña (2006); Wagnild & Young (1993), citados en Cruz (2015).

Del mismo modo, en los resultados de esta investigación cobran relevancia los hallazgos de López (2017), quien encontró que las emociones positivas incrementan la posibilidad de tener bienestar en el futuro, generando un mayor acercamiento hacia el bienestar emocional, ya que, desde allí, parte el peso que las persona le dan tanto a las emociones positivas como a las negativas, lo que se constituye en la base de los juicios de la satisfacción con la vida. Del mismo modo, las emociones positivas, posibilitan *“construir la capacidad de afrontar y manejar las adversidades futuras, entendidas como resiliencia. Por lo que, se concluye que, las emociones positivas interactúan activamente, tanto en la satisfacción con la vida, como en la resiliencia”* (López, 2017, p. 43). Esto se ve reflejado en los siguientes comentarios elaborados por los adultos mayores de la presente investigación: *“De mi parte me siento muy feliz, muy contenta, con Dios y con los compañeros, y quiero que esto sea lo que es, un hogar, donde las cosas se enfrentan con lo malo y con lo bonito”* (A.A.V), *“de mí mismo depende de no mortificarme por tanta pendejada que piensa uno, no tener discordias con nadie yo le pido a mi Dios que me ayude a ser tolerante con los otros, el comportamiento de uno es el que hace que uno pueda estar bien”* (A.M), *“del comportamiento mío personal, preocuparme por mí mismo, no estar pensando por ejemplo en que me voy a caer, porque me caigo (ser positivo), contribuir uno mismo para sobrevivir, de uno depende casi todo, en lo principal es en el dialogo con los otros, eso depende de uno mismo”* (G.A). Es por ello, que como menciona Gonzalvo (2014), en los adultos mayores la resiliencia cobra relevancia debido a que es una etapa de constante cambio en diversas áreas de la vida y sin duda alguna, en la mayoría de los casos, el adulto mayor es capaz de mostrar motivación, vitalidad, sentido del humor y se acomoda a las circunstancias mostrando interés en

las cosas de su entorno, lo cual, en última instancia demuestra un bienestar psicológico, que se relaciona con la adaptación a los cambios, enmarcados en la resiliencia.

Con base en lo expuesto a lo largo de la presente discusión, se puede evidenciar cierta relación entre los puntajes obtenidos en las dos pruebas aplicadas y en los análisis de la información obtenida a nivel cualitativo con los adultos mayores investigados, en los cuales se infiere, una incidencia significativa, en la que los altos niveles de resiliencia influyen en la percepción positiva frente a la calidad de vida de la población investigada, lo que, está en concordancia con los hallazgos de López (2017), en los que se encontró que la resiliencia “posee un efecto predictor sobre la satisfacción con la vida. Donde, los adultos mayores, caracterizados por la resiliencia se encuentran más propensos a percibir de manera positiva su vida actual y al mismo tiempo, sentirse satisfecho de sus logros alcanzados” (López, 2017, pp. 42-43), con lo que se plantea entonces, una relación positiva y significativa entre la resiliencia y la satisfacción con la vida, es decir, que, a mayor resiliencia, mayor satisfacción con la vida en adultos mayores (López, 2017); al igual que los planteamientos y hallazgos de Cárdenas & López (2011); Castro & Rincón (2011); Gonzalvo (2014); Caspa (2016); Díaz, Gonzales, Gonzales & Montero (2017).

8. Conclusiones

- En la etapa de la vejez, una de las mayores preocupaciones de los adultos mayores, está en relación con el aspecto de la salud, ya que un alto porcentaje de ellos no la perciben como buena. Sin embargo, dicha preocupación no refleja una incidencia negativa en la calidad de vida percibida por los adultos mayores investigados, ya que si bien la presencia de enfermedades, dolencias o deterioro físico afectan de manera importante al adulto mayor, la repercusión de éstos en la calidad de vida, depende en gran medida de la manera personal en que los adultos mayores se posicionan frente a sus condiciones de salud, es decir, que la salud, va más allá de los aspectos biológicos, físicos o médicos, e incluye y está atravesada por aspectos y condiciones psicosociales de cada persona.
- La etapa de la vejez, si bien está enmarcada por condiciones biológicas y construcciones sociales, también se trata de una posición subjetiva, es decir, de una postura personal, que influye en que dicha etapa sea percibida y asumida de manera negativa, positiva y/o exitosa. Por tanto, cada persona tiene su propia forma de envejecer y vivir la vejez. Sin embargo, con lo anterior, no se desconoce que las condiciones biológicas y construcciones sociales, juegan un papel fundamental en el envejecimiento positivo y/o exitoso y en la posición que el adulto mayor asume frente a su etapa vital y la percepción sobre su calidad de vida.
- Los cambios a nivel familiar y social han traído como consecuencia una mayor vulnerabilidad en los adultos mayores. Por lo que, el adulto mayor en muchas ocasiones es aislado o excluido de su entorno familiar y otras redes de apoyo, situación que puede desembocar en el abandono del adulto mayor, lo cual trae, en muchos casos, la institucionalización como única opción, evento que puede ser vivenciado de manera positiva o negativa, constituyéndose en un acontecimiento vital para el adulto mayor.
- Los adultos mayores investigados en el presente estudio, presentan niveles positivos frente a su percepción de calidad de vida, situación que no se ve afectada, en este caso, por el hecho de estar institucionalizados. De este modo, la institucionalización es vivenciada como un hecho positivo, ya que es la posibilidad de una vida digna y el espacio para la creación de nuevas redes de apoyo social y afectivo. Al ser adultos mayores en situación de vulnerabilidad y precariedad, tanto económica como afectiva, la

institución, se convierte en una fuente que proporciona o mitiga las carencias frente a las necesidades básicas y económicas padecidas por la población objeto de esta investigación. Además, debido a la carencia de redes de apoyo familiar y social, consideran la institución como su verdadero hogar y como algo positivo para sus vidas, representando la posibilidad de que se atiendan sus principales necesidades, los protejan, les proporcionen seguridad y una vejez tranquila.

- En los adultos mayores investigados en el presente estudio, la adaptación positiva al medio institucional, se encuentran, entre otras cosas, relacionada con los altos niveles de resiliencia que éstos presentan, lo cual, a su vez, incide de manera positiva en los resultados obtenidos con respecto a la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.
- En el adulto mayor institucionalizado objeto del presente estudio, más allá del acceso a condiciones básicas para la vida digna, cobra importancia el trato y servicio humanizado por parte del personal interdisciplinario de la institución, ya que no implica solamente el servicio y atención prestado, sino que involucra el vínculo afectivo que se teje alrededor de él, puesto que se convierten en figuras cercanas, que además de estar al tanto de sus necesidades, les ofrecen una adecuada atención, seguridad y afecto. De allí la relevancia de que dicho personal sea estable y permanente, es decir, que sean personas que permanezcan por periodos prolongados de tiempo en la institución y por ende en la vida de los adultos mayores.
- En los adultos mayores institucionalizados investigados, la percepción de calidad de vida está influenciada, tanto por factores objetivos como subjetivos. Sin embargo, debido al hecho de que éstos hayan sufrido tantas carencias antes del ingreso a la institución, le dan gran peso a los recursos con los que cuentan actualmente por ser parte de ella, con lo que ponen como elemento central para su calidad de vida, la satisfacción de sus necesidades básicas y el acceso a la salud, elementos que influyen de forma importante en la percepción positiva de calidad de vida, por lo cual dejan de lado otros aspectos relevantes a la hora de calificar objetivamente la misma. Con lo anterior, se reconoce que los factores externos juegan un papel fundamental en la posición subjetiva que el adulto mayor asume frente a su etapa vital y la percepción sobre su calidad de vida.

- Las características psicológicas y personales de cada persona juegan un papel importante en su calidad de vida, en este caso en la de los adultos mayores investigados, en la medida, en que promueven y facilitan la adaptación del individuo no solo al medio, sino, a las situaciones que en éste se presentan. Dicha adaptación se relaciona estrechamente con la resiliencia y con una percepción de una mejor calidad de vida.
- Los altos niveles de resiliencia hallados en los adultos mayores participantes de la presente investigación están estrechamente relacionados con vivencias vitales de cada uno de éstos, principalmente se relacionan con el hecho de haber atravesado diversas situaciones difíciles e incluso traumáticas a lo largo de la vida. Aspecto que refleja una tendencia, con respecto a la relación existente entre el nivel de resiliencia global de los adultos mayores investigados y su impacto en la percepción de calidad de vida global de los mismos.
- Cada uno de los factores de resiliencia evaluados se presenta relevante a la hora de evaluar la calidad de vida percibida por los adultos mayores investigados; sin embargo, en la población evaluada se resalta la importancia del factor *espiritualidad* y del factor *relaciones seguras*, los cuales hacen parte tanto del constructo de calidad de vida como del de resiliencia.
- El factor espiritualidad comprende aspectos como liberación, esperanza, credo religioso y muerte. Éste es fundamental en los adultos mayores investigados, ya que en la vejez surge con mayor fuerza la necesidad de autoconocimiento, de reconciliación consigo mismo y con los demás; afloran las culpas, resentimientos, remordimientos desilusiones y sinsentidos, por tanto, el interés del adulto mayor se dirige más, hacia procesos de autorreflexión, por lo que la espiritualidad, se presenta como un recurso mediante el cual, movilizan sus sentimientos y les brinda la posibilidad de liberación del sufrimiento que conlleva la carga de sus remordimientos y arrepentimientos, con respecto a las acciones que pudo llevar a cabo en su pasado, de modo que la espiritualidad desempeña un papel importante en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor.
- La espiritualidad en el adulto mayor es un asunto, en la mayoría de los casos, enmarcado principalmente en el aspecto religioso (Dios y fe). Esto es evidente en la población investigada, la cual se caracteriza por condiciones históricas arraigadas en fuertes valores y creencias religiosas. Así, la fe en Dios, no solo se convierte en una de las principales

fuentes de sentido de vida, apoyo y aliciente, sino, que es a lo que primero se aferran los adultos mayores en su diario vivir y en las situaciones que les genera malestar o representan una dificultad, de modo tal, que encuentran así, una manera más tranquila de atravesar las situaciones difíciles y de paso sobreponerse a las mismas.

- El factor relaciones seguras, va más allá de los vínculos familiares y es por ello, que el adulto mayor tiene la capacidad de tejer diversas relaciones sociales y afectivas a lo largo de su vida. De este modo, pese a las carencias presentadas en la población investigada a nivel afectivo, la cual ha perdido en su mayoría sus redes de apoyo familiar y social, se presentan resultados positivos en sus relaciones sociales y afectivas, ya que el hecho de pertenecer a una institución abre la posibilidad de la creación de nuevas redes de apoyo, alrededor del personal que les brinda atención y de sus pares, en los cuales, encuentran una forma de minimizar o compensar dichas carencias. Aspecto que impacta de manera positiva su calidad de vida.
- Los adultos mayores investigados, que poseen altos niveles de resiliencia, reflejan una percepción positiva de su vida presente pese a las dificultades vividas, con lo que se plantea entonces, una posible relación positiva y significativa entre la resiliencia y la satisfacción con la vida, es decir, que, a mayor resiliencia, mayor satisfacción con la vida en adultos mayores.

9. Recomendaciones

- Es importante abordar la etapa de la vejez desde una perspectiva que vaya más allá de una postura biologicista y negativa, es decir, desde una postura que más allá de lo anterior, tenga en cuenta no solo el contexto socio histórico que permea la subjetividad del adulto mayor, sino también el papel activo de éste en su propio proceso de envejecimiento, ya que todos estos, son factores que inciden de manera significativa en su calidad de vida.
- Ahondar en el tema de la resiliencia y los factores que la componen en la población de adultos mayores, teniendo en cuenta, que ésta, se da, no sólo como característica innata, sino como el resultado de un proceso enmarcado en las vivencias personales de cada sujeto, lo cual, la hace susceptible de ser generada, además, según lo evidenciado en el rastreo bibliográfico, vislumbra una carencia en cuanto a los estudios de resiliencia en la vejez.
- La resiliencia es también un resultado de las vivencias personales, y por lo tanto, susceptible de ser engendrada o generada, por lo que podría enfocarse su estudio de modo tal, que se incluya en programas de atención, promoción e intervención y, a su vez, como parte de programas de intervención a nivel de políticas de salud pública que busquen impactar positivamente la calidad de vida, en este caso en la población de adultos mayores, que posibilite un envejecimiento exitoso en el marco de una buena calidad de vida, principalmente en los adultos mayores en situación vulnerable.
- Según lo hallado e investigado en el presente estudio, y teniendo de marco el panorama a nivel nacional e internacional, en el que hay un aumento significativo en la población de adultos mayores, acompañado del aumento en la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad, se hace importante, que se realicen mayores esfuerzos, en dirigir los estudios a temas relacionados con la vejez, ya que, incluso, en el campo de la psicología, la mayoría de conceptos, teorías, estudios y modelos de intervención se dirigen a poblaciones como infancia, adolescencia, familia entre otros y en menor medida al adulto mayor.
- Es importante que los profesionales que acompañen los procesos de los adultos mayores no solo tengan una adecuada formación y conocimiento sobre la etapa de la vejez, sino que no desconozcan, la importancia de la espiritualidad en dicha población, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos se reduce o se enmarca en las creencias religiosas,

debido al contexto histórico en el que el adulto mayor se ha desarrollado. Sin embargo, se recomienda estar atentos a los cambios socioculturales que puedan impactar la vivencia de la espiritualidad en futuras poblaciones de adultos mayores.

- Se recomienda que el abordaje realizado en la población adultos mayores, se realice, no solo teniendo como base una buena formación profesional, sino también desde el afecto, el respeto y la comprensión, aspectos que son característicos de una atención humanizada, e indispensables para la atención dirigida al adulto mayor, en aras de un impacto positivo en el sentido y calidad de vida del mismo.
- Es importante que a la hora de realizar investigaciones y evidenciar resultados, resaltar la importancia de los factores sociodemográficos y personales como: estrato socioeconómico, calidad de redes de apoyo y lazos afectivos, características personales, entre otros, que influyen en los procesos investigativos y/o de intervención y en los resultados de estos.
- Se recomienda, a nivel de intervención, propender por un mayor acompañamiento a los adultos mayores por parte de sus familias, teniendo en cuenta la importancia de estas redes afectivas para el adulto mayor. Sin embargo, es evidente que en el adulto mayor vulnerable y más aún abandonado y excluido del núcleo familiar (como en muchos de los casos evidenciados en el presente estudio), suele ser difícil el logro de dicho acompañamiento, en atención a lo cual, se hace necesario, enfocar la intervención en el fomento y la creación de nuevas redes de apoyo social y afectivo, que en el caso de adultos mayores institucionalizados se puede lograr, a través de las personas que les brindan los servicios de atención y también, por medio de los otros adultos mayores que hacen parte de la institución que los alberga.
- Se recomienda la realización de estudios que permitan mayor nivel de profundidad y comprensión a nivel estadístico, con respecto a la posible relación existente entre resiliencia y calidad de vida, por medio de instrumentos específicos elaborados para tal fin; que, además tengan en cuenta un universo muestral de mayor alcance.

Referencias

- Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (1), January, 84-90. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702778>
- Andrade, A, M. (2014). Influencia de los factores socioculturales en el grado de resiliencia en adultos mayores del Centro de Salud de Miraflores. Arequipa, 2013. (Tesis de grado enfermería) Universidad Católica de Santa María, Arequipa,- Perú. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/54221034.pdf>
- Aponte, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo*. 13 (2), 152-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>
- Arango, V. (2017). Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. Fundación Saldarriaga Concha: Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticlas/Politiclas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061_es.pdf
- Araújo, C. L & Mancussi, A. C. (2016). Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermería Global*. 15 (2), 63-80 Universidad de Murcia, España. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365844756004.pdf>
- Arciniega, J. d. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4 (2), 67-77. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4932325>
- Arenas, K. Escobar, D & Hincapié, L. (2015). *Concepción de la Calidad De Vida en el Adulto Mayor del Municipio de Rionegro* (Tesis pregrado psicología) Facultad de ciencias sociales y Humanas Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia. El Carmen de Viboral, Colombia. Recuperado de

http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/144/1/ArenasKarent_concepcioncalidadvida_adultomayorrionegro.pdf

Arias, W., Yepes, L., Nuñez, A., Oblitas, A., Pinedo, S., Masías, M & Hurtyado, J. (2013). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y Representaciones*, 1 (2), 83-103. Recuperado de <http://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/32/113>

Arriagada, A. (s. f.). *Derechos Humanos y Políticas de protección Social del Adulto Mayor*. Recuperado de https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Derechos_Humanos_y_Policas_de_Proteccion_Social_del_Adulto_Mayor.pdf

Baro, M. L. (s.f.). *Aislamiento Social*. España: Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf>

Bonilla, E., & Rodríguez, P. (1997). *La Investigación en Ciencias Sociales, Más allá del Dilema de los Métodos*. Santafé de Bogotá, D.C: Grupo Editorial Norma

Bonilla, M. A. (s. f.). *¿Qué Es La Calidad De Vida?:* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa2/article/view/1120/1120>

Burán, A. M. (2017). La resiliencia y la relación con la calidad de vida en adultos mayores [en línea]. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Argentina. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación – Sede Mendoza. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=resiliencia-relacion-calidad-vida>

Cárdenas, A. & López, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista De Salud Pública.*, 13 (3). 528-540. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.bdigital.unal.edu.co/19671/1/15704-132305-1-PB.pdf>

Cardona, D., Segura, A., Garzón, Ma., Segura, A & Cano, S.(2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Bras. Geriatr. Gerontol.* 19(1):71-86. recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf

- Caspa, C. (2016). *Percepción de Calidad de Vida y Resiliencia del Adulto Mayor Del Centro Nueva Esperanza, La Paz*. (Tesis pregrado Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación carrera de Psicología, Universidad Mayor de San Andrés). La Paz, Bolivia. Recuperado de <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/10820/CCCE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castellanos, J. (2002). *Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales 2002*. (Maestría en Educación y Desarrollo Humano Manizales), Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud -CINDE y Universidad de Manizales, Manizales - Colombia. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20130404070013/TJulialbaCastellanos.pdf>
- Castro, C & Rincón, D. (2011). *Resiliencia, sentido vital y calidad de vida en la vejez* (Tesis pregrado Facultad de psicología carrera de Psicología) Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/7917/tesis189.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Concejo de Medellín. (06, Julio 2012).” Por medio del cual se adopta la Política Publica de Envejecimiento y Vejez del Municipio de Medellín, que modifica el acuerdo 18 de 2001”. [Acuerdo 08 de 2012]. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Bienestar%20Social/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Politica%20Publica%20de%20Envejecimiento%20y%20Vejez_2012072711581100.pdf
- Condori, M. (2017): “Calidad de vida y la capacidad resiliente de adultos mayores en situación de vulnerabilidad asistentes a la Fundación Ancianos la Paz”. (Trabajo de grado Psicología) Universidad Mayor de San Andrés, La Paz - Bolivia. Recuperado de <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/14872/TG-4013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Congreso de Colombia. (19, Julio 2017). “Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se

dictan otras disposiciones”. [Ley 1850 de 2017]. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

Congreso de Colombia. (2015). “Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones”. [Proyecto De Ley 115 De 2015 Cámara]. Recuperado de http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=115&p_consec=42812

Crespo, M. Fernández, V. & Soberón, C. (2014). Spanish Version of the CD-RISC Resilience Scale for Chronic Stress Situations. *Behavioral Psychology*. 22(2), 219-238. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/260882710_Spanish_Version_of_the_CD-RISC_Resilience_Scale_for_Chronic_Stress_Situations

Cruz, R. (2015). *Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas*. (Tesis pregrado Facultad de Psicología) Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/466/tesis-3986-bienestar.pdf

Díaz, R., González, S., González, N. & Montero, M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Revista Electronica de Psicogerontología.*, 4(2). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Diaz-Castillo/publication/326188717_Resiliencia_en_adultos_mayores_estudio_de_revision/links/5b3cfb4c4585150d23fdcb20/Resiliencia-en-adultos-mayores-estudio-de-revision.pdf?origin=publication_detail

Dulcey, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Rev. colomb. psicol.*, 19 (2), 207-224, recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/14521/34435>

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas, R. & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>

Estrada, A., & Cardona, D., & Segura, Á., & Chavarriaga, L., & Ordóñez, J., & Osorio, J. (2011). *Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica*, 31 (4), 492-502.

Recuperado de

<file:///C:/Users/Wendy%20Uribe/Downloads/Calidad%20de%20vida%20de%20los%20adultos%20mayores%20de%20Medell%C3%ADn%202011.html>

Foro Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud ¿qué la calidad de vida? Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Francke, M.L. (s. f). El sentido de la vida y el adulto mayor en el área Metropolitana de Monterrey. Monterrey México D.F. Recuperado de:

http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/04/El_Sentido_de_la_Vida_y_el_Adulto_Mayor1.pdf

Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de Sentido (La Logoterapia)*. Barcelona: Editorial Herder.

Recuperado

de

https://markeythink.files.wordpress.com/2011/04/el_hombre_en_busca_de_sentido_viktor_frankl.pdf

Freiberg, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G. & Fernández, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164. Recuperado de

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200005&lng=es&tlng=es

Fundación Huellas del Ayer (s. f.) *¿quiénes somos?*

Galeano, M. (2004). *Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT. Recuperado de:

<https://books.google.es/books?id=Xkb78OSRMI8C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Gonzales, N. & Valdez, J. (2013) Resiliencia: diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación Psicológica*, 3, 941-955. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200747191370944X#bbib0020>

Gonzalvo, M. P. (2014). Bienestar psicológico y resiliencia en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. (Tesis de grado de psicología) Universidad

- Abierta Interamericana. Buenos Aires Argentina. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114143.pdf>
- Gutierrez, A., Orozco, J., Rozo, W., & Martines, Y. (2017). *Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Ternjo y Cajicá primer trimestre 2017*. (Tesis Medicina) Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/774/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México, D F: Mc Graw Hill. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1Dy6uR6J6MoC-Hh1CKB9eP1y1fkJJkqnp/view>
- Hoare, C. (2015). Resilience in the Elderly. *Journal of Aging Life Care*. Recuperado de <http://www.aginglifecarejournal.org/resilience-in-the-elderly/>
- Inga, J. & Vara, A. (2006) Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-486. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/454/311>
- Jiménez, F. & Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 4 (2), 1-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/447/44740205/>
- López, C. M. (2017). Resiliencia y Satisfacción con la Vida en adultos mayores que asisten a CAM' s en Lima Metropolitana. (Tesis para profesional en Psicología) Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú. Recuperado de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622941/lopez_FC.pdf?sequence=5
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. & Wicker, E. (2016). The impact of resilience among older adults. *Journal Geriatric Nursing*. 37, 266-272. Recuperado de [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(16\)00068-9/pdf](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(16)00068-9/pdf)
- Medeiros, V, Menezes, R. & Alchieri, J. (2011). Administración del test WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en centros de larga estancia.

Psicogeriatría, 3 (4), 177-185. Recuperado de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0304/304_0177_0185.pdf

Merchán, E. (s. f). *Teorías Psicosociales del envejecimiento*. Madrid, España: Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Recuperado de <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

MINSALUD. (26 de Febrero de 2018). *Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores*. Ministerio de Salud y Protección Social Gobierno de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/vejez-calidad.aspx>

MINSALUD. (Lunes de Febrero de 2018). *Envejecimiento y vejez*. Ministerio de Salud y Protección Social Gobierno de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*. 85 (11), 113-126. Recuperado de <https://academic.oup.com/bmb/article/85/1/113/291398>

Olmedo, A. (2003). *Comportamiento Epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar*. (Espacialidad en medicina familiar) Colima, Colombia: Universidad de Colima. Recuperado de http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf

OMS. (2017). *Informe Mundial del Envejecimiento y la Salud*. Estados Unidos: OMS. Recuperado de http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf

OMS. (2018). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2017). *La Salud Mental y Los Adultos Mayores*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Pardo, D. (13/10/2015). Los 6 tipos de entrevista: ¿Cuál es la más efectiva? [Entrada de blog]. Recuperado de <http://blog.talentclue.com/los-6-tipos-de-entrevista-cual-es-la-mas-efectiva>

- Paz, S. A., Rodríguez, Y., Ramírez, I., Machado, Y. & Santiesteban, D. M. (2018) Representación social de la sexualidad de los adultos mayores. *Humanidades Médicas*, 18(1), 83-95. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n1/hmc08118.pdf>
- República de Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14(14), 32-40. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100005&lng=es&tlng=es
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. (Tesis Doctoral del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación) Universidad de Málaga, Málaga-España. Recuperado de <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16704046.pdf>
- Secretaría Seccional de Salud de Antioquia. (21, octubre 2004). “Por la cual se establece el reglamento para el funcionamiento de las instituciones Adulto Mayor y Anciano en el Departamento de Antioquia”. [Resolución 8333 de 2004]. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/amauta/archivos/Resolucion_8333_octubre_2004.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF Anexo 3.1 de la publicación “Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco”. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf
- Soria, B. & Rodríguez, Á. (2002). Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(2), 116-121. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000200008&lng=es&tlng=es
- Toribio, C & Franco, S. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 26(1), 16-22. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181c.pdf>

- Universidad Externado de Colombia. (24 abril de 2017). Manual de citación normas APA. Recuperado de <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2017/07/Manual-de-citacio%CC%81n-APA-v7.pdf>
- Urrea, A. M. (2015). La fortaleza mental en deportistas de alto rendimiento con deficiencia visual. (Tesis Doctoral, Departamento de Psicología y Sociología) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/307634032_La_fortaleza_mental_en_deportistas_de_alto_rendimiento_con_deficiencia_visual
- Urzúa, A. & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Revista terapia psicológica*, 30 (1), 61-71. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

Anexo 2: instrumentos cualitativos

ENTREVISTA CUALITATIVA

CATEGORIA: ADULTO MAYOR

- ¿Cómo definiría usted la etapa de vida en la que se encuentra?
- ¿Cómo se siente usted con respecto a la etapa de vida en la que se encuentra?
- ¿Qué aspectos de su momento vital (ser adulto mayor) son los que más le preocupan?

CATEGORIA: INSTITUCIONALIZACIÓN

- ¿Cómo percibe usted que la institución contribuye a su calidad de vida?
- ¿Cree usted que la convivencia con los demás adultos mayores contribuye a su calidad de vida? Explique su respuesta

CATEGORIA: CALIDAD DE VIDA

- ¿Qué entiende usted por calidad de vida?
- ¿Cree que hay aspectos que pueden ayudar a tener una mejor calidad de vida? Y cuáles serían
- ¿Qué considera que es lo más importante para sentirse bien con la vida y consigo mismo?
- ¿Qué aspectos de su calidad de vida dependen de: la familia, del estado, la institución, ¿de otros adultos mayores?
- ¿Qué aspectos de su calidad de vida dependen de usted?

CATEGORIA: RESILIENCIA

- ¿Qué aspectos lo han motivado o a qué se ha aferrado al momento de atravesar situaciones difíciles?
- ¿Cuáles han sido o son las situaciones que le generan malestar en su vida?
- ¿Se considera usted una persona decidida, persistente y perseverante? ¿Por qué?

GRUPO FOCAL

ADULTO MAYOR

- ¿Cómo definiría usted la etapa de vida en la que se encuentra y como se siente con respecto a ella?

INSTITUCIONALIZACIÓN

- ¿Cómo percibe usted su estancia en la institución y cree que estas instituciones contribuyen a su calidad de vida?

CALIDAD DE VIDA

- Según lo expuesto sobre calidad de vida, ¿Qué aspectos considera usted que le pueden ayudar a tener una mejor calidad de vida y cuáles de ellos dependen de: la familia, del estado, la institución, de otros adultos mayores, y ¿Cuáles dependen de usted?

FACTORES RESILIENTES

- ¿Cuáles han sido o son las situaciones que le han generado o le generan malestar en su vida y cómo ha hecho o a qué se ha aferrado para sobrellevarlas?

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfacción y cuánto, en varios aspectos de su vida

	Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PAGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Modestamente	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

5

4

CD-RISC
Escala de Resiliencia Connor-Davidson
R.M CONNOR Y J.R DAVIDSON, 2003
Adaptación en español de S Fernández y J Ramos, 2006

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

Instrucciones: En la siguiente lista se indican frases relacionadas con aspectos importantes de su vida. Conteste a cada frase rodeando con un círculo el número que corresponda según el grado en que está de acuerdo con lo que se dice, según su forma de ver en el último mes.

No hay contestaciones buenas ni malas, pues cada uno tiene su forma de pensar, sentir y comportarse.

Para ello, tenga en cuenta la siguiente valoración:



CD-RISC	Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Escala de Resiliencia Connor-Davidson					
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro	0	1	2	3	4
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	0	1	2	3	4
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente	0	1	2	3	4
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	0	1	2	3	4
6. Veo el lado divertido de las cosas	0	1	2	3	4
7. Afrontar el estrés, me fortalece	0	1	2	3	4
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	0	1	2	3	4
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	0	1	2	3	4
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	0	1	2	3	4
11. Puedo conseguir mis metas	0	1	2	3	4
12. Cuando parece que irremediablemente algo no tiene solución, no abandono	0	1	2	3	4
13. Sé donde acudir a por ayuda	0	1	2	3	4
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	0	1	2	3	4
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	0	1	2	3	4
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso	0	1	2	3	4
17. Pienso que soy una persona fuerte	0	1	2	3	4
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares	0	1	2	3	4
19. Puedo manejar sentimientos desagradables	0	1	2	3	4
20. Sigo los presentimientos que tengo	0	1	2	3	4
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	0	1	2	3	4
22. Siento que controlo mi vida	0	1	2	3	4
23. Me gustan los desafíos	0	1	2	3	4
24. Trabajo para conseguir mis metas	0	1	2	3	4
25. Me siento orgulloso de mis logros	0	1	2	3	4

Anexo 5: evidencia con actores sociales de la Fundación Huellas del Ayer



Taller psicoeducativo



Grupo focal