

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 1 de 16

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

Angélica Maria Salazar Gaviria- manange2014l@gmail.com -Institución Universitaria de Envigado  
Kelly Yohana Morales Zapata - kelly95.morales@gmail.com -Institución Universitaria de Envigado  
Wendy Lorena Uribe Marín- lania12.lorena@gmail.com- Institución Universitaria de Envigado

### Resumen

El estudio mixto determinó los factores resilientes que permiten a los adultos mayores institucionalizados mejorar su calidad de vida. Se encontró que estos tienen una alta resiliencia y perciben una mejor calidad de vida, y que los institucionalizados en situación de vulnerabilidad evalúan su calidad de vida con base en factores vitales, sin embargo, los factores internos y la posición subjetiva de los estudiados juegan un papel fundamental en la percepción de su etapa vital y su calidad de vida. Se halló, que los factores de resiliencia analizados son importantes al evaluar la calidad de vida percibida por el adulto mayor, siendo los más significativos, espiritualidad y relaciones seguras, que hacen parte del constructo de calidad de vida y resiliencia.

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

### Abstract

The mixed study determined the resilient factors that allow institutionalized older adults improve their quality of life. It was found that these have a high resilience and perceive a better quality of life, and that the institutionalised ones in a situation of vulnerability evaluate their quality of life based on vital factors, however, the internal factors and the subjective position of the studied ones play an important and fundamental role in the perception of their vital stage and their quality of life. It was found that the resilience factors analyzed are important when evaluating the quality of life perceived by the elderly, being the most significant, spirituality and safe and sound relationships, which are part of the construction of such quality of life and resilience.

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

## 1. 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).

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 2 de 16

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 & Martínez (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

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 3 de 16

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.

## 2. MÉTODO

El estudio se implementó desde una racionalidad mixta; en el que, a nivel cualitativo se trabajó un enfoque descriptivo analítico y, a nivel cuantitativo, desde un enfoque descriptivo observacional de corte trasversal.

### 2.1 Población y muestra

La muestra para el presente estudio fue 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 física como mentalmente. Se seleccionó como el universo muestral de partida a 24 A. M. que eran funcionales. Por tanto, de esta última cifra, 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, no presentar demencia moderada o grave para la cual el criterio se basó en las puntuaciones de las pruebas de mini mental que oscilen en un rango mayor a 25 puntos, no poseer problemas con el lenguaje como afasia o poca fluidez con el idioma español que les dificulte comprender las pruebas, , no haber 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.

### 2.2 Instrumentos

Para la recolección de información cualitativa se emplearon como técnicas el grupo focal y la entrevista semiestructurada, y para la información cuantitativa se utilizó el Cuestionario WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC).

#### 2.2.1 Instrumentos *cualitativos*

##### 2.2.1.1 *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 (Pardo, 2015). El cuestionario para la entrevista individual constó de 13 preguntas orientadas por 4 categorías de análisis (adulto mayor, institucionalización, calidad de vida y resiliencia).

##### 2.2.1.2 *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

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 4 de 16

rigurosidad del método científico (Bonilla & Rodríguez, 1997, pp.102-104). El grupo focal se llevó a cabo a partir de 4 preguntas orientadoras, que acogían los aspectos más importantes de cada categoría mencionada anteriormente.

## 2.2.2 Instrumentos *cuantitativos*.

### 2.2.2.1 *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 autoeficacia, 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 citados en Urrea 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).

### 2.2.2.2 *Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS de la Organización Mundial de la Salud.*

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 a percepción 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).

## 2.3 *Diseño de triangulación concurrente (DITRIAC)*

Este modelo, se utilizó para 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 la temática investigada, 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).

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 5 de 16

#### **2.4 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 realización de la entrevista semiestructurada individual que consta de 13 preguntas orientadas por 4 categorías de análisis, 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.

Posterior a esto y con base en las preguntas seleccionadas de la entrevista individual teniendo en cuenta las categorías de la investigación, llevo a cabo el grupo focal, el cual se elaboró con 4 preguntas, de las cuales cada una de ellas acogía los aspectos más importantes de cada categoría. 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 (calidad de vida y resiliencia), esto, con el fin de constatar que los temas tratados fueron entendidos por los adultos mayores.

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 dimensiones o 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 y las menores aluden a bajos niveles de resiliencia (Connor y Davidson, 2003).

Llevada a cabo la aplicación de los instrumentos tanto, cuantitativos como cualitativos, se dio paso al respectivo procesamiento y análisis de la información, 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 el caso de la información cuantitativa obtenida por medio de los instrumentos mencionados anteriormente, estos fueron procesados a través de una matriz de EXCEL para cada uno de ellos los cuales se llevaron al software SPSS versión 22, lo cual permitió el respectivo análisis estadístico con cálculos adecuados y precisos con respecto a los elementos específicos que se deseaban medir.

### **3. RESULTADOS**

Los resultados de los análisis de la información recolectadas tanto cualitativa como cuantitativamente, se detallarán a continuación basados en las categorías de análisis estipuladas para la presente investigación.

#### **3.1 Resultados cualitativos**

##### **3.1.1 Resultados cruce de entrevista semiestructurada y grupo focal, categoría adulto mayor y vejez.**

- El adulto mayor da importancia a dos aspectos básicos para calificar su calidad de vida: contar con necesidades básicas satisfechas y adecuado estado de salud.



- La vejez para las personas investigadas es una etapa más de la vida, en la que es posible seguir aprendiendo; una etapa más compleja, como espacio de reflexión y retrospectiva
- Las personas que presentan mejores capacidades físicas y mentales presentan una percepción más positiva de la vejez.
- La vejez no solo se percibe desde una condición físico-biológica, sino también, como una postura personal.
- El miedo a la muerte es un elemento común en la población investigada.

### 3.1.2 Resultados cruce de entrevista semiestructurada y grupo focal, categoría institucionalización.

- La institución permite contar con la satisfacción de las necesidades básicas; se convierten en una fuente de apoyo, afecto y compañía, lo cual aporta a la calidad de vida.
- Estar en el hogar proporciona reconocimiento y respeto.
- La institucionalización se convierte en un espacio para la adquisición de conocimientos y habilidades, de reivindicación familiar y social, en la posibilidad de retomar o iniciar su proyecto de vida.

### 3.1.3 Resultados cruce de entrevista semiestructurada y grupo focal, categoría calidad de vida.

- Aspectos que contribuyen a una buena calidad de vida para los adultos mayores, son: satisfacción de las necesidades básicas, la salud, la responsabilidad y postura personal.
- Aspectos de la calidad de vida que competen a otros: mayor acompañamiento familiar; del Estado espacios y atención, mayores oportunidades y posibilidades; los pares fuente de apoyo, cariño y acompañamiento.
- Aspectos de la calidad de vida que competen a sí mismos: mantener hábitos saludables y el autocuidado; mantenerse activos; la responsabilidad y actitud personal.

### 3.1.4 Resultados cruce de entrevista semiestructurada y grupo focal, categoría resiliencia.

- Aspectos que generan malestar o preocupación a la población estudiada: la salud, sentirse inactivos, inútiles, la soledad, la ausencia y abandono de las personas de su entorno social y en especial el familiar
- Aspectos o elementos en los que se sostienen y motivan la población estudiada para salir adelante: fe y creencia en Dios, contar con las personas que le rodean, sus vivencias positivas pasadas.

## 3.2 Resultados cuantitativos

### 3.2.1 Resultados Escala de Resiliencia CD-RICS.

Resiliencia Global	Muy alta	Alta	Media	Baja
	77,77%	11,11%	11,11%	0%
Factores resiliencia	Puntuación			
	Muy alta	Alta	Media	Baja
Competencia personal	66,67%	33,33%	0%	0%
Confianza	33,33%	44,44%	11,11%	11,11%
Relaciones seguras	88,89%	11,11%	0%	0%
Control	77,78%	11,11%	11,11%	0%
Espiritualidad	77,78%	22,22%	0%	0%

**Tabla 1. Resultados de instrumento CD-RICS, tomado de Connor y Davidson (2003).**

En la tabla anterior se observa que la resiliencia global puntúa entre alta y muy alta para 8 de cada 9 personas investigadas. Adicionalmente, se refleja que los factores resilientes con puntuaciones más altas son los factores espiritualidad y relaciones seguras con puntuaciones entre altas y muy altas para 8 de cada 9 sujetos investigados.

### 3.2.2 Resultados Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS de la Organización Mundial de la Salud.

Calidad de vida Global	Muy alta	Alta	Media	Baja
		44,44%	44,44%	11,11 %
Dimensiones calidad de vida	Puntuación			
	Muy alta	Alta	Media	Baja
Salud física	33,33%	55,56%	11,11 %	0%
Salud mental	33,33%	44,44%	22,22 %	0%
Relaciones sociales	33,33%	11,11%	44,44 %	11,11 %
Ambiente	22,22%	55,56%	22,22 %	0%

**Tabla 2. Resultados Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS de la Organización Mundial de la Salud, tomado de (Servicio Andaluz de Salud, 2010).**

La tabla refleja puntuaciones entre alta y muy percepción de calidad de vida global en el 88.88% de la población, es decir, 8 de cada 9 sujetos investigados. Así mismo, evidencia una tendencia significativa en la dimensión salud física, reflejando puntuaciones para 8 de cada 9 sujetos evaluados de entre alta y muy alta con un 88.89%.

### 3.3 Resultados cruce de instrumentos cuantitativos.

#### 3.3.1 Resultados de cruce de resiliencia global sobre la 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%

**Tabla 3. Cruce resultados Globales CD- RICS, tomado de Connor y Davidson (2003) y Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS de la Organización Mundial de la Salud.**

La tabla refleja una incidencia de la resiliencia global sobre la calidad de vida global de los participantes de la investigación de un 88.8% de entre alta y muy alta, es decir, en 8 de cada 9 personas evaluadas.

#### 3.3.2 Resultados cruce factor espiritualidad con respecto a la 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%

**Tabla 4. Cruce resultados del factor espiritualidad del CD- RICS, tomado de Connor y Davidson (2003) y calidad de vida global de Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS de la Organización Mundial de la Salud.**

La tabla refleja una incidencia del factor espiritualidad sobre la calidad de vida global de un 88.8% entre alta y muy alta en la población estudiada.

### 3.3.3 Resultados cruce factor relaciones seguras con respecto a la 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%

**Tabla 5. Cruce resultados del factor relaciones seguras del CD- RICS, tomado de Connor y Davidson (2003) y calidad de vida global de Cuestionario WHOQOL-BREF – OMS de la Organización Mundial de la Salud.**

La tabla refleja una incidencia del factor relaciones seguras sobre la calidad de vida global de un 88.8% entre alta y muy alta en la población estudiada.

## 4. 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, Roza & Martines, 2017, p. 15). 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 calidad de vida y su salud mental (OMS, 2017). 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).

Se ha identificado, 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). Sin embargo, autores como Campos (2001) citado en Aponte (2015), quien observó que algunos déficits por sí 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



	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 9 de 16

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.

Así mismo, en los análisis realizados se logró evidenciar que otra situación que genera sufrimiento además de la salud 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, 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). Por ello y por lo expuesto por Caspá (2016) se 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.

Lo anterior, en relación con los vínculos y redes de apoyo, principalmente a nivel familiar, se presenta como un aspecto sustancial 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, ya que la mayoría de adultos mayores se sienten solos y desamparados (Andrade, 2014), ni está actuando como ambiente protector para el adulto mayor, lo que trae como consecuencia en muchos casos, los procesos de institucionalización. De este modo, Cruz (2015) plantea 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 este proceso se dé, es decir, si es voluntario o no.

Debido a la situación de vulnerabilidad que enfrenta el adulto mayor 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. Sin embargo

En conjunto, las situaciones anteriores, que se pueden clasificar como factores de riesgo y otros desafíos, suponen, que se requiere en la persona, 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).

Adicionalmente, 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 o las condiciones del entorno, 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.

Esto alude a las 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 y cambios que experimenta” (Sánchez, 2004, p. 21).

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 10 de 16

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.

Estos resultados, los cuales son acordes con los hallados cualitativamente, aluden a la presencia de algunas características psicológicas que promueven una mayor adaptación a los cambios y situaciones y aportan a una mejor percepción en la calidad de vida de los adultos mayores, las cuales se encuentran enmarcadas en el concepto de resiliencia, que puede ser entendida como un proceso o una capacidad 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, ya que todo esto permite que el sujeto se embarque en importantes retos (Gonzales & Valdez, 2013). Además, se plantea que la resiliencia está compuesta por factores como: competencia personal, confianza relaciones seguras, control e influencia espiritual. Es por ello por lo que,

MacLeod, et al (2016) sugiere, 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.

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).

Con respecto a los factores resilientes que más influyen en la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados objetos de estudio, entre los más importantes se hallaron, la espiritualidad y las relaciones seguras. Así, “la espiritualidad que comprende aspectos como liberación, esperanza, credo religioso y muerte” (Castellanos, 2002, 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 que 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. Esto se vislumbra en lo planteado por 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 mismo, se observó en la escala de resiliencia, el factor relaciones seguras, presentó puntuaciones muy altas, con un 88.89%, es decir, el equivalente a 8 de cada 9 participantes, estos resultados resultaron paradójicos en la población estudiada, debido a que estos tienen deficientes o nulas redes de apoyo familiar y social. Sin embargo, los resultados positivos, se explican mediante la metodología cualitativa, en la que se evidenció que los lazos y relaciones afectivas y de

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 11 de 16

amistades creadas con el personal que les atiende en la institución que los acoge, y con las demás personas con las que allí conviven, logran subsanar en alguna medida dichas deficiencias en sus redes de apoyo.

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).

En este sentido y con base en todo lo mencionado anteriormente, 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 lo hallado en la presente investigación y 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 estas personas puedan enfrentar (MacLeod et al, 2016). Por ello, Rowe y Kahn (1987) citados en Hoare (2015), plantearon que, se debería suscribir una interpretación del envejecimiento exitoso, 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.

## 5. CONCLUSIONES

- En la vejez, una de las mayores preocupaciones se da en relación con el aspecto de la salud, la cual, está atravesada por 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 de cada sobre su propia forma de envejecer y vivir la vejez.
- 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 adultos mayores investigados, 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, ya que en la mayoría de los casos esto es vivenciado como un hecho positivo.
- En el adulto mayor institucionalizado investigado, cobra importancia el trato y servicio humanizado por parte del personal interdisciplinario de la institución.
- Los adultos mayores investigados ponen como elementos centrales para su calidad de vida, factores objetivos como, la satisfacción de sus necesidades básicas y el acceso a la salud.
- 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 como factores subjetivos de cada persona juegan un papel importante en su calidad de vida, ya que promueven y facilitan la adaptación del individuo no solo al medio, sino, a las situaciones que en éste se presentan. Dicha adaptación se

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 12 de 16

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 de la presente investigación están estrechamente relacionados con el hecho de haber atravesado diversas situaciones difíciles e incluso traumáticas a lo largo de la vida.
- 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
- 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.
- La espiritualidad en el adulto mayor es un asunto, en la mayoría de los casos, enmarcado principalmente en el aspecto religioso (Dios y fe).
- 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. 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.

## 6. RECOMENDACIONES

- Es importante abordar la etapa de la vejez desde una perspectiva que vaya más allá de una postura biologicista y negativa, donde se 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 tercera edad.
- 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 de los adultos mayores en situación vulnerable principalmente.
- Teniendo en cuenta el 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,

	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 13 de 16

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 de este.
- 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 acompañamiento a los adultos mayores por parte de sus familias, teniendo en cuenta la importancia que estas redes afectivas tienen para el adulto mayor, y en razón de que suele ser difícil el logro de dicho acompañamiento, 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,

tenham 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>
- 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>
- 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>
- Arango, V. (2017). Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. Fundación Saldarriaga Concha: Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticasyPoliticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
- 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>
- 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




	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PD-36
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 14 de 16

- 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\\_concepcionaliadavidaadultomayorriogre.pdf](http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/144/1/ArenasKarent_concepcionaliadavidaadultomayorriogre.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
- 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>
- Cruz, R. (2015). *Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas*. (Tesis pregrado Facultad de Psicología) Universidad del Aconagua, 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 Electrónica 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/R](https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Diaz-Castillo/publication/326188717_Resiliencia_en_adultos_mayores_estudio_de_revision/links/5b3cfb4c4585150d23fdcb20/R-esiliencia-en-adultos-mayores-estudio-de-revision.pdf?origin=publication_detail)
- 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>
- 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#bib0020>
- Gutiérrez, A., Orozco, J., Roza, 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-HhICKB9eP1yIfkJKqnp/view>
- Hoare, C. (2015). Resilience in the Elderly. *Journal of Aging Life Care*. Recuperado de

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIADO</p> <p>Ciencia, educación y desarrollo</p>	<b>ARTICULO DE TRABAJO DE GRADO</b>	Código: F-PD-36
		Versión: 01
		Página 15 de 16

- <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>
- 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)
- 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>
- 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](http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf)
- 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>
- 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](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/tesi\\_suma/16704046.pdf](http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesi_suma/16704046.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](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.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](https://www.researchgate.net/publication/307634032_La_fortaleza_mental_en_deportistas_de_alto_rendimiento_con_deficiencia_visual)

 <p>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO</p> <p>Ciencia , educación y desarrollo</p>	<b>ARTICULO DEL TRABAJO DE GRADO</b>	<b>Código:</b> F-PI-028
		<b>Versión:</b> 01
		<b>Página</b> 16 de 16