

Bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga

Diana Katherine Castillo Toro, Mónica Natalia Chacón Jerez y Laura Patricia Moncada Hernández

Directora

Mg. Martha Eugenia Ortega Ortiz

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Psicología
Bucaramanga
2021

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Definición y planteamiento del problema	10
Justificación	16
Objetivos de investigación	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Antecedentes de investigación	20
Marco teórico	30
Calidad de vida en el adulto mayor	31
Definición de bienestar psicológico	32
Componentes del bienestar psicológico	33
Bienestar psicológico y bienestar subjetivo	33
Teorías de bienestar psicológico	35
<i>Teorías universalistas o teorías télicas</i>	35
<i>Teoría de la autodeterminación</i>	35
Modelo multidimensional del bienestar psicológico	37
Adulto mayor y bienestar psicológico	39
Teorías explicativas del adulto mayor	40
<i>Teorías sobre el envejecimiento con éxito</i>	40
<i>Teoría de la continuidad</i>	41
<i>Teoría psicosocial de Erikson</i>	41
<i>Teoría de la selectividad socioemocional</i>	42
Vejez y envejecimiento	43
Patrones de cambio de la vejez	45
Estado emocional del adulto mayor	48

BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR	3
Envejecimiento y jubilación	49
<i>Vejez productiva</i>	52
Adulto mayor y relaciones familiares	54
Adulto mayor y relaciones sociales	55
El adulto mayor en las instituciones	57
Operacionalización de variables	59
Método	59
Tipo de investigación	59
Diseño	59
Sujetos	60
Instrumentos	62
Procedimiento	64
Resultados	65
Discusión	77
Conclusiones y recomendaciones	82
Referencias	84
Apéndices	96

Lista de figuras

<i>Figura 1</i> Distribución por género de los adultos mayores institucionalizados	61
<i>Figura 2</i> Distribución por género de los adultos mayores no institucionalizados	62
<i>Figura 3</i> Número de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en relación a la edad	65
<i>Figura 4</i> Estrato socioeconómico en adultos mayores institucionalizados	66
<i>Figura 5</i> Estrato socioeconómico en adultos mayores no institucionalizados	66
<i>Figura 6</i> Estado civil en adultos mayores institucionalizados	66
<i>Figura 7</i> Estado civil en adultos mayores no institucionalizados	66
<i>Figura 8</i> Nivel de estudio de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados	67
<i>Figura 9</i> Nivel de estudio de adultos mayores no institucionalizados	67
<i>Figura 10</i> Tipo de ingresos recibidos en relación al número de adultos mayores institucionalizados	68
<i>Figura 11</i> Tipo de ingresos recibidos en relación al número de adultos mayores no institucionalizados	68
<i>Figura 12</i> Tipo de convivencia manifestado por el número de adultos mayores institucionalizados	69
<i>Figura 13</i> Tipo de convivencia manifestado por el número de adultos mayores no institucionalizados	69
<i>Figura 14</i> Actividades recreativas realizadas por los adultos mayores no institucionalizado.	70
<i>Figura 15</i> Actividades recreativas realizadas por los adultos mayores institucionalizados	71
<i>Figura 16</i> Dimensión autoaceptación adultos mayores institucionalizados	71
<i>Figura 17</i> Dimensión autoaceptación adultos mayores no institucionalizados	71
<i>Figura 18</i> Dimensión relaciones positivas adultos mayores institucionalizados	72
<i>Figura 19</i> Dimensión relaciones positivas adultos mayores no institucionalizados	72
<i>Figura 20</i> Dimensión autonomía adultos mayores institucionalizados	73

<i>Figura 21</i> Dimensión autonomía adultos mayores no institucionalizados	73
<i>Figura 22</i> Dimensión dominio del entorno adultos mayores institucionalizados	73
<i>Figura 23</i> Dimensión dominio del entorno adultos mayores no institucionalizados	73
<i>Figura 24</i> Dimensión crecimiento personal adultos mayores institucionalizados	74
<i>Figura 25</i> Dimensión crecimiento personal adultos mayores no institucionalizados	74
<i>Figura 26</i> Dimensión propósito en la vida adultos mayores institucionalizados	74
<i>Figura 27</i> Dimensión propósito en la vida adultos mayores no institucionalizados	74
<i>Figura 28</i> Promedio de las dimensiones del bienestar psicológico en los adultos mayores	75
<i>Figura 29</i> Bienestar psicológico en relación al nivel y al promedio en los adultos mayores institucionalizados	76
<i>Figura 30</i> Bienestar psicológico en relación al nivel y al promedio en los adultos mayores no institucionalizados	76
<i>Figura 31</i> Promedio de puntuaciones obtenidas en bienestar psicológico por ambas muestras	76

Lista de tablas

Tabla 1 Operacionalización del constructo de bienestar psicológico según el modelo de Ryff

62

Resumen

La psicología ha enfocado parte de sus estudios hacia las diferentes etapas de la vida por las que atraviesa el ser humano, recientemente se ha centrado en estudiar la vejez como la culminación del ciclo vital, con la idea de resignificar los procesos propios de dicha etapa y acompañar a la población en la misma, contribuyendo a su buena salud mental, emocional y física. Por tanto, la investigación enfatiza la descripción del estado de bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga, visualizando tal constructo como aquel agente promotor del funcionamiento positivo y el desarrollo de todo el potencial del ser, por consiguiente, lo anterior se sustenta con la propuesta expuesta por Carol Ryff y la aplicación de la escala de bienestar psicológico de dicha autora. Seguidamente, la muestra obtenida corresponde a un total de 50 personas en la etapa de adultez mayor, de los cuales 25 pertenecen a tres centros geriátricos (institucionalizados), y las otras 25 a sus respectivos hogares (no institucionalizados). Después de realizar el análisis de los resultados, se encontró que los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de Bucaramanga, presentan un alto nivel de bienestar psicológico, determinando que las dimensiones con resultados más favorables para ambos grupos poblacionales son la autonomía y la auto aceptación. Así mismo, en las dimensiones de propósito de vida y dominio del entorno, se presentó una diferencia notoria, en la cual resaltan los adultos no institucionalizados con mejores puntuaciones, esto último podría deberse a que ambas poblaciones presentan variables diferentes en su entorno.

Abstract

Psychology has focused part of its studies on the different stages of life that the human being goes through, recently it has focused on studying old age as the culmination of the life cycle, with the idea of resignifying the processes of this stage and accompany the population in it, contributing to good mental, emotional and physical health. Therefore, the research emphasizes the description of the state of psychological well-being in the institutionalized and non-institutionalized elderly in the city of Bucaramanga, visualizing such a construct as that agent promoting positive functioning and the development of all the potential of being, therefore, the foregoing is supported by the proposal presented by Carol Ryff and the application of the psychological well-being scale of said author. Next, the sample obtained corresponds to a total of 50 people in the stage of older adulthood, of which 25 belong to three geriatric centers (institutionalized), and the other 25 found in their respective homes (not institutionalized). Analysis of the results, it was found that institutionalized and non-institutionalized older adults in Bucaramanga present a high level of psychological well-being, determining that the dimensions with the most favorable results for both population groups are autonomy and self-acceptance, as well as in the dimensions of Life purpose and domain of the environment there was a noticeable difference being, in which non-institutionalized adults stand out with better scores, the latter could be due to the fact that both populations present different variables in their environment.

Introducción

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a toda persona, ya sea mujer u hombre que sobrepase los 60 años de edad. Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), afirma que la población conformada por este grupo etario refiere a aquellos “sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismos, su familia, sociedad, su entorno inmediato y con las futuras generaciones”. No obstante, se reconoce que las personas no envejecen de la misma manera, debido a que influyen en este proceso todas aquellas experiencias vivenciadas, es decir, todos los eventos relevantes y las diversas transformaciones a nivel físico y psicológico que hicieron parte de su desarrollo humano.

Por tanto, según Reyes y Castillo (2011) el envejecimiento podría ser considerado un proceso en el cual se presenta la pérdida progresiva de funciones cognitivas, mayor morbilidad con otras enfermedades y la disminución de la fertilidad a causa de la edad avanzada. Debido a esto, los autores consideran ciertos factores de riesgo modificables que disminuyen la calidad de vida de los adultos mayores, tales como: el sedentarismo, la mala nutrición, la exclusión social y la falta de acceso a un servicio de atención integral en salud. Lo anterior convoca a que los adultos mayores y su entorno se adapten a los cambios con el fin de evitar la afectación del bienestar físico y psicológico, así mismo la disminución de la calidad de vida.

De esta manera, el estudio del envejecimiento y su relación con la calidad de vida, se ha centrado en aquellas características de orden patológico, no obstante, según lo enmarcado en la psicología positiva, su interés se centra en realizar investigaciones en donde se analicen las cualidades humanas propias de la edad, que contribuyan a mejorar las condiciones y particularidades adversas en las que se pueda encontrar una persona mayor y así, aportar a un elevado bienestar y calidad de vida. En estas circunstancias, es valioso el estudio del bienestar psicológico de las personas mayores, respecto al momento

del ciclo vital en el que se encuentran, donde hay un decrecimiento relacionado al número de años que quedan por vivir, la probabilidad de enfermedad y disfunciones aumentan, por lo tanto, la promoción y el cuidado del bienestar y la calidad de vida es fundamental para la población perteneciente a este grupo en edades avanzadas. Santorres, (2013).

La presente investigación tiene como objetivo, describir el estado de bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga, mediante la aplicación de la prueba de Carol Ryff con el propósito de contribuir a la mejora de los estilos de vida de esta población, para dicho fin, se especifican los objetivos contemplados a continuación: como primera medida, se propone identificar las características sociodemográficas de cada uno de los participantes, posteriormente, analizar cada una de las dimensiones que componen el bienestar psicológico desde la perspectiva de Carol Ryff y por último, establecer si existe una diferencia significativa entre el bienestar psicológico del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en Bucaramanga.

De igual modo, se debe resaltar la existencia de diversos estudios a nivel internacional, nacional y regional con las personas pertenecientes a la adultez mayor, los cuales favorecen la evocación de características positivas, que aportan al apoyo social, beneficiando a esta población en aspectos relacionados con el incremento de la autoestima, sentimientos de utilidad y una mejora significativa en el estado de ánimo y de salud en los mismos. A su vez, se resalta la importancia de la proactividad y la integración constante en diversas actividades, con el fin de propiciar una vejez más saludable y valiosa que contribuyan en las condiciones de vida de las personas mayores. (Guzmán y Huenchuan, 2003) (citados por Mundaca y Zavala, 2014).

Definición y planteamiento del problema

En 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida como aquel proceso en donde el individuo realiza una percepción del lugar que ocupa en su ámbito cultural según el paradigma establecido de valores en el que vive, relacionado con todos aquellos propósitos, expectativas, normas e incertidumbre de su propia existencia. Al

mismo tiempo, esta percepción se encuentra influenciada por su salud física, psicológica y el grado de independencia de la persona.

Por otro lado, según Krzeimen (2001) (citado por Vera, 2007), la calidad de vida en el adulto mayor se genera en la medida en que surge un reconocimiento de este, dentro del entorno en que se desenvuelve, mediante las interacciones colectivas las cuales al ser significativas evitan el aislamiento social, y proporcionan una prolongación en su proceso vital.

Igualmente, es importante mencionar la calidad de vida desde otras perspectivas, en donde esta es vista tanto desde los indicadores subjetivos como objetivos; es por ello, que las condiciones de vida se establecen mediante factores biológicos, materiales, sociales, conductuales y psicológicos (Caqueo y Urzúa, 2012). De esta manera, no se deja de lado aquellas satisfacciones que tiene la persona en su forma de vida, sino que se complementa con factores externos que de igual modo influyen en su salud física, psíquica y emocional.

Sin embargo, se presentan diversas complicaciones para establecer una conceptualización general de la calidad de vida, puesto que algunos estudiosos del tema han optado por encauzarse en el bienestar, como uno de los determinantes para el envejecimiento exitoso, reconociendo así, una parte fundamental en la protección de la salud y con una determinante repercusión en la salud física y psicológica (Carretero, Chulián, López, Noriega, Pérez y Velasco, 2017). Por tal motivo, se hace énfasis en la relevancia que tiene el bienestar físico y psíquico, ya que pueden ser decisivos en la salud, la calidad de vida y el proceso de envejecimiento que tiene el ser humano.

Como resultado, se hace hincapié en uno de los paradigmas más conocidos para el análisis del bienestar psicológico, el cual es propuesto por Ryff y Singer (2008) como un modelo multidimensional que se nutre de varias teorías fundamentales, con la finalidad de determinar factores característicos que intervienen en el bienestar psicológico, los cuales son: la autoaceptación, el crecimiento personal, el propósito de vida, las relaciones positivas con los otros, la autonomía y el dominio sobre el ambiente. Además, cabe destacar que estos factores se encuentran relacionados en la forma como el sujeto enfrenta

los retos que día a día la vida misma le impone, encontrando así, soluciones y aprendizajes que le permiten convivir y sacar lo mejor de sí, con el objetivo de atribuirle un significado valioso a su existencia.

Por otra parte, es fundamental comprender a nivel nacional la categoría en la cual se encuentra clasificada la fase evolutiva del adulto mayor en Colombia, así pues, y según lo contemplado en la Ley 1276 de 2009 (art. 7) del Congreso de la República de Colombia, se denomina adulto mayor a aquella persona que se encuentra en la edad de los 60 años o más. De igual manera, y en concordancia con los especialistas en el área de la salud, una persona menor de 60 años y mayor de 55 podrá ser clasificada dentro de esta connotación si se presentan condiciones de desgaste físico, vital y psicológico.

No obstante, es importante tener en cuenta que según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el año 2018 en Colombia, había una población estimada de 48.258.494 de la cual el 9,1% eran adultos mayores de 65 años o más; esta cifra aumentó un 2,8 % respecto a la cifra del censo realizado en el 2005. Por otro lado, de acuerdo al DANE en el año 2020, el total de adultos mayores fue de 6.440.778, de este total el 44,9 % está relacionado con hombres y el 55,1% hace referencia a las mujeres.

Por consiguiente, lo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), las personas que se encuentran dentro de la adultez mayor son aquellas que envejecen de diferentes maneras según las experiencias vividas, los eventos cruciales y la evolución afrontada durante su ciclo de vida, esto implica tanto procesos de desarrollo como de deterioro.

Por ende, el MinSalud establece la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2015-2024), la cual se encuentra dirigida a esta población, con el fin de movilizar, visibilizar e intervenir la situación de envejecimiento humano, en donde se promueva una adultez mayor exitosa, implicando en el individuo el desarrollo de la capacidad para desenvolverse de manera eficaz, en el dominio familiar y social, superando las brechas socioculturales que le impiden exponer todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal.

Asimismo, se debe tener presente lo dicho por Arrellano (2011), quien refiere que hay adultos mayores que a pesar de no estar conviviendo con sus familiares en un mismo lugar, siguen cumpliendo su rol en la relación familiar, toman sus propias decisiones, ocupan su tiempo libre y conservan proyectos de vida.

En este orden de ideas, Alcalde y Laspeñas (2005), exponen que la jubilación es conocida como aquella suposición de ruptura que se da en relación con el estilo de vida que la persona ha mantenido hasta el momento, ya que acarrea una difícil readaptación del individuo, en vista de que toda su existencia ha sido regida en torno a su trabajo y actividades relacionadas, asimismo es un punto fundamental en la sociedad, debido a que esta se encuentra guiada por unos patrones de productividad para cada sujeto. Por tal motivo, realizar dicha integración social en los adultos mayores permitirá potenciar ámbitos como el ocio, herramienta valiosa para prevenir la marginación, la segregación y la exclusión de la sociedad.

Relacionado con lo dicho anteriormente, respecto a la funcionalidad de los adultos mayores, se encuentra lo planteado por Lazarus (1998; 2000) (citado por Aponte, V., 2015), donde menciona que en la medida que el ser humano envejece, existe la posibilidad que, al mismo tiempo, se produzcan pérdidas a nivel funcional que aumenten según el transcurso del proceso evolutivo. Es así como los adultos mayores se inquietan al percibir un desvanecimiento en su desempeño mental y físico, el cual puede agudizarse si existen precedentes de depresión y desvalimiento, ya que los mismos generan la pérdida de autocontrol del cuerpo. Estas problemáticas muchas veces, suscitan que las personas de la tercera edad se lleguen a aislar y en consecuencia se sientan inútiles, haciendo que su vida sea cada vez más compleja.

Por otra parte, los autores González, Fajardo, Fajardo, Freixas y Alba, (2012), señalan en su investigación que una de las causas más frecuentes en la muerte de los adultos mayores es el suicidio. De esta manera, se hace la aclaración que el sexo que más predomina en estos resultados es el masculino, presentando así, 20 casos que representaría un (83.33%) contra 4 casos por parte del sexo femenino, es decir un (16.

66%). Se demuestra así, que existe un riesgo en cuanto a los sentimientos de minusvalía e improductividad, llegando a un punto de quiebre más doloroso, el llegar a sentirse como un obstáculo o un estorbo que está presente en la sociedad. Por ende, esto propiciaría la adquisición de depresiones y aislamiento del contexto sociocultural que lo rodea. De la misma manera, a esto se le sumarían factores tales como la muerte de su pareja y todo lo relacionado con el matrimonio, el abandono de los hijos o la misma falta de compañía.

Además, se destaca lo dicho por la OMS, sobre el riesgo del adulto mayor, cuando se encuentra expuesto a varias afecciones, como trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), de igual forma, también pueden surgir otras morbilidades como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Visto desde este punto, se presenta en más de un 20% de personas que pasan de los 60 años de edad, en donde manifiestan sintomatología referente a algún trastorno mental o neuronal (ya sea demencia o depresión, los cuales se encuentran con más recurrencia), y un 6,6% presente en ese grupo etario, se le atribuyen trastornos del sistema nervioso. Al mismo tiempo, la cuarta parte de las muertes que se manifiestan son producto de daños autoinflingidos.

Paralelamente a estas temáticas, se encuentra inmersa la violencia intrafamiliar, la cual se llega a vislumbrar ante ciertas limitaciones presentes en el proceso evolutivo de las personas de la tercera edad, representadas en una disminución de la capacidad funcional y cognitiva, que lleva a este grupo de individuos a experimentar algún tipo de dependencia dirigida hacia sus acompañantes y/o cuidadores principales, además de aumentar la probabilidad de sufrir o no cualquier clase de violencia dentro de su propio núcleo familiar. Por consiguiente, en un estudio realizado por Rodríguez, María, Gómez, Guevara, Arribas, Duarte y Ruiz, (2018), se encontró que las personas comprendidas entre los 70 y 79 años de edad, con familias nucleares y en la que se presenta una constante disfuncionalidad, se evidencia mayores signos de maltrato hacia el adulto mayor, en especial al sexo femenino y en donde el tipo de agravio más representativo, se da a nivel psicológico y físico.

Por último, según lo planteado por Laguado, Camargo, Campo y Martín, (2017), dentro del proceso de institucionalización surgen diversas características negativas en el adulto mayor, referidas a diferentes cambios presentes en el contexto diario del mismo. De lo anterior, subyace la falta de reconocimiento por parte del medio sociocultural, evidenciado en un constante aislamiento y repercusiones a nivel psicológico para las personas pertenecientes a este grupo de edad, también, se viven sentimientos de inutilidad percibidos como una carga para el otro; puesto que, diversos estudios han demostrado que el adulto mayor al estar internado en los diferentes centros geriátricos, se encuentra expuesto a la disminución en su calidad de vida, conforme a las consecuencias en las diferentes áreas: social, emocional, laboral, familiar y ocupacional que puede llegar a generar la instancia permanente en estos lugares en su percepción de bienestar psicológico.

De esta manera, en el contexto de institucionalización, según Acrich, 2012; Cardona Jiménez, Villamil Gallego, Henao Villa & Quintero Echeverri, 2004; Soria Bell & Rodríguez Saif, 2002 (citado por Alves, 2013), la incorporación del adulto mayor a los centros de bienestar es un proceso complejo que involucra de manera significativa los recursos psíquicos y emocionales, con tal de llevar a cabo, una adecuada adaptación a entornos novedosos en los cuales se va a desenvolver; la institucionalización se presenta como un medio factible a las necesidades propias de la última etapa de desarrollo del ciclo vital, sin dejar de lado los cambios biopsicosociales que este período trae, ya que numerosos estudios afirman que la principal causa de la iniciación en este medio es precisamente la falta de compañía o cualquier tipo de red social de apoyo que da cuenta de las necesidades psicológicas propias de este grupo poblacional como lo son: la atención, el cuidado y la vinculación con las demás personas en las relaciones sociales.

Dada todas las situaciones puntualizadas con anterioridad, y abarcando toda la problemática que envuelve al adulto mayor en este proceso evolutivo, tanto a nivel biológico y psicológico como en el desarrollo que este tiene con respecto al entorno sociocultural que lo rodea, surge la necesidad de indagar a profundidad las condiciones de vida que están influyendo en las personas de la tercera edad, por tal motivo, se plantea la siguiente

pregunta problema ¿Cuál es el estado de bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga?

Justificación

Actualmente la mayoría de países, incluyendo Colombia, están pasando por una transición de gran interés social, derivado de los altos niveles de esperanza de vida en los adultos mayores de 60 años, siendo esta la población más amplia, superando así, la de los niños menores de 5 años. La OMS (2018), propone a los países garantizar sistemas sanitarios y sociales que se ajusten a este cambio sociodemográfico, desarrollando un compromiso con el envejecimiento saludable, donde los sistemas de salud se enfoquen en atender las necesidades de los adultos mayores, ofreciendo de igual manera una atención integral a las diferentes enfermedades crónicas y a la no discriminación característica de este grupo humano, en donde se permita la implementación de espacios adecuados para el desarrollo y fortalecimiento de la autonomía y las relaciones sociales de los mismos.

Teniendo en cuenta que en el ciclo vital la noción de vejez, no supone una etapa terminal, sino una reconstrucción del proceso en donde el individuo sigue tratando de integrarse y de relacionarse con la sociedad, resulta importante mencionar que el envejecimiento activo, acorde con lo señalado por Mendoza, Martínez, y Correa, (2009), surge cuando existe la interacción o el relacionamiento social, el cual cumple un aspecto imprescindible para llegar a desarrollar niveles óptimos en la satisfacción con la propia vida. En este orden de ideas, se describen tres niveles que abordan el envejecimiento activo. El primero hace referencia al *paradigma*, que permite una visión contemporánea del envejecimiento, consecuente con todas las capacidades tanto físicas, psicológicas como sociales, en donde los adultos mayores han demostrado que su funcionalidad aún se encuentra activa y, en consecuencia, representa un capital social crucial en su entorno.

Seguidamente, el segundo nivel engloba una *estrategia política*, en donde la vejez activa logra replantearse el paradigma que se tiene desde la atención gerontológica, simbolizando al adulto mayor como alguien decrepito y enfermizo, sin ninguna posibilidad de desarrollarse social y económicamente, resultado de esto, se contempla a la ancianidad

como aquella carga comunitaria y financiera. Debido a lo anterior, se plantean propósitos a cumplir, considerados en la Estrategia Global y Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud, según la OMS (2016-2020).

Por último, se expone el nivel *comunitario*, que abarca todo lo referente a la implementación de estrategias sistemáticas para lograr que el adulto mayor se empodere y adopte tres pilares fundamentales (la participación, la salud y la seguridad) en el envejecimiento activo, con la finalidad de promover un máximo bienestar, sanidad y por consiguiente una óptima calidad de vida.

Además, la OMS conceptualiza el envejecimiento activo como: “el proceso de optimizar cada una de las oportunidades para así, favorecer el bienestar físico, social y mental de cada una de estas personas, con el fin de mantener un estilo de vida saludable que aporte a la calidad de vida a medida que los seres humanos envejecen”. Por tanto, este envejecimiento permite al sujeto disponer de aquellos mecanismos sociales, psicológicos y adaptativos para contrarrestar ciertas limitaciones a nivel fisiológico, produciendo así, sensaciones de bienestar y una autoevaluación positiva en el crecimiento personal, incluso en un contexto de discapacidad y enfermedad.

De igual manera, Fernández, (2001) expone el envejecimiento como aquel fenómeno humano que no puede ser estudiado sin la contribución de los diversos hallazgos de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales, en donde se plantea la importancia de la gerontología como aquella ciencia multidisciplinar que recolecta estos saberes.

Dentro de este contexto, según lo expuesto por Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) (citado por Santaella y Fuentes, 2017), refieren a la cultura de la longevidad como aquella, en la cual no se persigue simplemente el vivir en demasía, sino en hacerlo mediante buenas condiciones físicas, sociales y mentales. De modo que, la autoestima y la autonomía entran a representar elementos fundamentales al momento de referirnos a la salud en las personas mayores y todo lo relacionado al bienestar, este último, está directamente relacionado con diversas características sociodemográficas, tales como: la edad y el estado civil. Igualmente, un indicador de suma importancia del bienestar, es la

autovaloración que realiza el sujeto de sus recursos, siendo así un aspecto relevante para el adulto mayor el poder establecer un contacto con su familia percibiendo un apoyo social por parte de estos. Este grupo poblacional presenta niveles más elevados en la salud física, mental y emocional en comparación con aquellos a los que se les dificulta establecer una relación cercana con sus familiares. (Bozo, Toksabay y Kurum, 2009).

De esta forma, surge el imperativo de identificar el bienestar psicológico del adulto mayor teniendo en cuenta su desenvolvimiento en el ambiente que lo rodea, ya sea desde un entorno institucional especializado en la atención y el cuidado fisiológico y de salud mental o, en el hogar, rodeados de su pareja sentimental o sus familiares, los cuales podrían apoyar en el cuidado de su salud. De ahí que surja la necesidad de evaluar todos aquellos ambientes que les facilite una potencial adaptación de sus recursos personales como lo sería la autoestima, la autoaceptación y el llegar a sentir un crecimiento personal.

Por otro lado, se resalta el papel que ha tenido la psicología desde sus aportes teóricos y prácticos, donde se observa con gran interés el análisis del envejecimiento y de las condiciones sociales que rodean a los adultos mayores. De modo tal que, desde la psicología social del envejecimiento, se hace alusión a una perspectiva crítica que tiene en cuenta el transcurso vital (propio de la psicología del desarrollo) y los contextos de desarrollo (propios de la psicología social), por lo tanto, se plantea la ancianidad como aquel proceso permanente de cambios contextuales e individuales que se encuentran interrelacionados (Dulcey, 2010).

Ahora bien, el papel de los psicólogos en el proceso de atención al adulto mayor se ve inmerso desde los diferentes equipos interdisciplinarios, los cuales ocupan un lugar de gran importancia debido a todas aquellas funciones que estos profesionales ejercen, como lo es el tratamiento y prevención de los padecimientos propios de la edad avanzada, con el propósito de mejorar el bienestar mediante una escucha activa que le facilite expresar todos sus pensamientos y sentimientos, siendo un espacio que permita a cada una de estas personas, relatar la historia de su vida, reconociendo todas sus experiencias a lo largo de cada una de las etapas de desarrollo; para que se pueda lograr obtener efectos positivos en

la percepción que tiene cada uno sobre lo realizado en su trayectoria de vida. En este sentido, el psicólogo como profesional labora en función de la prevención y asistencia, no sólo para el adulto mayor en el caso singular, sino de ser necesario, se puede trabajar con la familia, con el propósito de beneficiar las condiciones de vida y el bienestar subjetivo en la concepción del sí mismo de las personas que forman parte de esta población.

(Hernández, 2004).

De acuerdo a lo anterior, en el presente trabajo de investigación surge la necesidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida que beneficie el envejecimiento saludable, desde la evaluación del bienestar psicológico en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga, teniendo en cuenta la perspectiva de Carol Ryff donde se contemplan las dimensiones particulares del Bienestar Psicológico, las cuales son: el crecimiento personal, el dominio del entorno, la autonomía, las relaciones positivas, la autoaceptación y el propósito en la vida, con la finalidad de poder determinar si existe alguna falencia en su proceso adaptativo a nivel psíquico y, al mismo tiempo, destacar las fortalezas de la población, sentando una base que permita a otros profesionales contribuir desde su conocimiento mediante una intervención o actividades en pro de la salud física y mental, con el objetivo de aportar al bienestar y calidad de vida de las personas que pertenecen a este grupo poblacional.

Objetivos de investigación

Objetivo general

Describir el estado de bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga, mediante la aplicación de la prueba de Carol Ryff con el fin de contribuir a la calidad de vida en esta población.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

- Analizar cada una de las dimensiones que componen el bienestar psicológico del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en Bucaramanga desde la perspectiva de Carol Ryff.
- Establecer si hay diferencias entre el bienestar psicológico del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado de las muestras en Bucaramanga.

Antecedentes de investigación

Durante el transcurso de los años, ha aumentado la importancia que tiene la salud del adulto mayor para la sociedad, debido a esto se han realizado diversas investigaciones a nivel internacional, nacional y regional sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Por ende, según investigaciones realizadas a nivel internacional se tiene en cuenta que en Valencia, (España), Molina, Meléndez y Navarro (2008) llevaron a cabo un estudio titulado “Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados”, con una muestra de 111 adultos mayores de los cuales un 83,8 % eran no institucionalizados y el 16,2% eran institucionalizados, con el propósito de medir el bienestar, se utilizó una adaptación de la escala de Ryff y, para valorar la satisfacción con la etapa vivida realizaron un cuestionario propio que media los siguientes aspectos: familiar, recreativo, social, valorativo y seguridad. Al comparar la satisfacción en el aspecto familiar, se encontró una diferencia notoria, pues aquellos que se encontraban no institucionalizados obtuvieron un puntaje más alto, mientras que para los institucionalizados el resultado fue más insatisfactorio. En el caso de los adultos mayores institucionalizados, el elemento más satisfactorio fue el social.

Desde otro punto de vista, la escala de bienestar evidenció una diferencia significativa en las dimensiones: dominio del ambiente, relaciones positivas y autonomía, donde la puntuación baja fue obtenida por adultos institucionalizados. Esto llevó a concluir que la calidad de vida de esta población se ve afectada por el desinterés que demuestran sus familiares, además, la mayoría de actividades que desempeñan a

diario son organizadas y dirigidas por las personas encargadas de la institución, lo cual no da mucho espacio para la creatividad y el desarrollo de actividades propias.

Del mismo modo, una investigación efectuada por Molero y Pérez, (2011) evaluó la salud y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en España, la muestra fue de 50 adultos mayores entre los 72 y 94 años pertenecientes a una residencia de ancianos de carácter público. El instrumento utilizado fue el cuestionario de evaluación de calidad de vida para la población mayor de 65 años en contexto residencial. Los resultados revelaron que aquellos adultos mayores con una salud menos deteriorada por la edad, presentan mayor puntuación en calidad de vida, siendo la salud muy importante para la medición de esta variable.

Igualmente, Barra y Vivaldi (2012) en Chile, en la ciudad de Concepción, investigaron sobre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en 250 adultos, entre las edades de 60 a 78 años, de los cuales 146 eran mujeres y 104 hombres. Para la investigación se aplicó una encuesta sociodemográfica, la escala de bienestar psicológico de Ryff y la escala de apoyo social percibido de Zimet. Entre los resultados se destacó que el apoyo social percibido, tenía mayor relación con el bienestar psicológico a comparación de la percepción de salud en la población, también se determinó que los hombres presentaban una mejor percepción de la salud y mayor nivel de bienestar psicológico en comparación con las mujeres.

Por otra parte, en Chile, Gutiérrez y Mundaca (2014), llevaron a cabo una investigación titulada “Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado”, cuya población fue de 40 adultos mayores, de los cuales 20 se encontraban participando en programas de voluntariado. Por consiguiente, a los participantes se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

De acuerdo con los resultados obtenidos entre los adultos voluntarios y no voluntarios, se encontró diferencias significativas, esto permitió concluir, que las personas de la tercera edad que son voluntarios permanecen más activas, participando

en la ejecución de acciones sociales y ayudando a otras personas, y, en consecuencia, presentan un mejor bienestar psicológico.

A su vez, en la ciudad de Buenos Aires, Calcaterra, (2015) se desarrolló una investigación titulada, "Bienestar psicológico en la vejez: análisis y comparación entre personas de la tercera edad institucionalizadas y no institucionalizadas", con una muestra no probabilística de 20 adultos mayores de ambos sexos, de los cuales la mitad eran institucionalizados. Se llevó a cabo mediante la aplicación de la evaluación de Bienestar Psicológico para Adultos de María Casullo y la Escala de Satisfacción con la Vida de Ed Diener. Los resultados de esta investigación arrojaron que el nivel de bienestar psicológico es medio para ambos grupos, por ende, se presenta una buena satisfacción con la vida que tienen, siendo está un poco más alta en los adultos mayores no institucionalizados.

También, una de estas investigaciones de estudio descriptivo y comparativo es realizada por González y Lima, (2017) en México, titulada "Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores" contó con la participación de 149 adultos mayores entre 60 y 94 años, a los cuales se les aplicó una batería compuesta por los siguientes instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos, cuestionario de calidad de vida para adultos mayores (adaptado), escala de bienestar subjetivo de Lawton (adaptada), escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de bienestar psicológico de Ryff abreviada y el instrumento de expectativas de autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos (AeRAC-breve).

En este estudio, los adultos mayores mexicanos con elevada autoeficacia y una adecuada percepción de salud, presentan mejores puntuaciones en calidad de vida. Asimismo, se estableció que sí la percepción de salud es buena, mayor es el nivel de autonomía, de satisfacción con las relaciones íntimas y la participación social, permitiendo concluir que entre mejor sea su apreciación de salud, se perciben más capacitados para realizar actividades por sí solos, como personas útiles, su participación

social aumenta y se sienten más cómodos, generando vínculos con otros, además todo lo anterior favorece la calidad de vida de los mismos.

En suma, a estas investigaciones, Menéndez, Mesa, Pérez y Nunes, (2019) examinaron las relaciones entre el bienestar psicológico, la autoeficacia y la autoestima en 148 adultos de la provincia de Huelva, en España, cuyas edades estaban comprendidas entre los 60 y 90 años. Para ello utilizaron una batería de pruebas compuesta por: el cuestionario breve por ítems de la batería mínima de evaluación en la vejez (BEV), la escala de autoeficacia para envejecer, la escala de autoestima de Rosenberg, y la escala de bienestar psicológico (Psychological Well-Being Scales) en su versión española breve.

Los resultados de esta investigación demostraron, respecto a su población, como los factores psicológicos tienen un gran impacto en el bienestar y la salud, también, el autoestima y la autoeficacia son promotores del bienestar físico, social y psicológico en los adultos mayores, siendo así la conclusión final, es fundamental motivar, fomentar y desarrollar espacios para la participación de los mayores, ya sea en actividades físico-deportivas, artísticas, sociales, recreativas entre otras que promuevan su bienestar.

Siguiendo la línea investigativa, a nivel nacional según lo planteado por Rivas, Romero, Vásquez, Ramos, González, y Acosta, (2010) realizaron una investigación con un grupo poblacional que hace parte de los comedores de Bienestar Familiar, siendo 343 adultos mayores entre los 60 y 90 años de edad de la ciudad de Bogotá, evaluados por medio del instrumento de Calidad de Vida de Betty R. Ferrel, valorando dimensiones como el bienestar psicológico, social, físico y espiritual.

Los resultados demostraron una disminución de la capacidad funcional de la población, lo cual afecta el bienestar físico sumado al desgaste propio de la edad y al paso de los años, en cuanto al bienestar psicológico se encuentra afectado de manera significativa, debido a que el 65% de la población participante presenta un trastorno afectivo, asociado con la dependencia que tienen los adultos mayores a la hora de

realizar sus actividades diarias, de esta misma manera la dimensión social es la más afectada, ya que la situación social propia del país, sumado a las historias de vida de cada uno con sus familiares afecta la percepción en cuanto a este aspecto, mientras que la dimensión espiritual se puede ver como positiva, debido a que se toman en cuenta valores de fortalecimiento para la vida del grupo poblacional.

Por otra parte, en la ciudad de Medellín, Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordóñez, y Osorio, (2011) realizaron un trabajo de investigación al que denominaron “Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín”, en el que contaron con la participación de 276 adultos mayores de 65 años en adelante, de 39 Centros de Bienestar del Adulto Mayor, evaluados mediante el World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud, sumado a esto, se hizo uso de la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage, la escala de ansiedad de Goldberg, la escala de funcionalidad de Pfeffer y la escala de mini valoración nutricional.

En los resultados de este estudio, se percibe puntajes similares, según el sexo, respecto a las dimensiones de capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social y en el puntaje de calidad de vida general, por el contrario, se hallaron diferencias en cuanto a las dimensiones muerte y morir e intimidad. En el caso de los hombres, puntuaron de forma negativa más que las mujeres, debido a la calidad de vida se obtuvo puntajes más altos en aquellos adultos mayores que no presentaban problemas nerviosos, sin estrés ni enfermedades agudas.

Seguidamente, Melguizo, Acosta, y Castellano, (2012), realizaron el trabajo de investigación denominado “Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia)”, en el que revisan la alianza de los factores sociodemográficos relacionados con la salud física y mental de las personas mayores pertenecientes a la Comuna 9 del Distrito de Cartagena, conformando así, una muestra de 514 personas a las cuales se les aplicó el “Índice Multicultural de Calidad de vida”, en el que se permite

mirar las distintas dimensiones de bienestar que componen la valoración global de calidad de vida.

En este trabajo investigativo según los resultados obtenidos, se halló diferencia entre los puntajes obtenidos por hombres y mujeres, en este caso los hombres reportaron mayor bienestar físico y emocional, en cambio las mujeres presentaron un mejor autocuidado y plenitud espiritual, de igual manera, se pueden percibir diferencias en cuanto a las características sociodemográficas, descritas por los adultos mayores como lo es estado civil, nivel de escolaridad y la condición laboral.

Por otro lado, Melguizo, Ayala, Grau, Merchán, Montes, Payares y Reyes, (2014), en su trabajo titulado “Calidad de vida en adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia)”, realizaron el estudio con la participación de 187 adultos mayores residentes en centros de protección social de la ciudad de Cartagena, con un rango de edad de 60 años o más. Por consiguiente, se utilizó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), el Índice Multicultural de Calidad de Vida, el cual mide la percepción global de calidad de vida, en relación con las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado, funcionamiento ocupacional, apoyo social y comunitario, plenitud personal, plenitud espiritual.

En este estudio se evidenció que, para esta población, los mayores puntajes se obtuvieron en las dimensiones de plenitud espiritual y autocuidado, mientras que las de menor puntaje fueron el bienestar físico y el apoyo comunitario, siendo así este grupo de adultos mayores, cuentan con una buena percepción sobre su bienestar psicológico, especialmente se resalta la plenitud espiritual, el autocuidado y la percepción global de calidad de vida.

Más adelante, en Cundinamarca, Gutiérrez, Orozco, Rozo, y Martínez, (2017), en su investigación “Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá”, contaron con una población de 204 personas mayores de 60 años de edad, estos se encontraban en instancia permanente en hogares geriátricos, para realizar la aplicación de la prueba se basaron en el instrumento, Índice Multicultural de

Calidad de Vida que consta de 10 variables con escala tipo likert que permite medir dimensiones interpersonales, socio-normativas siendo de fácil aplicación y entendimiento para el grupo poblacional.

Los resultados obtenidos en esta trabajo investigativo, muestra que los adultos mayores de estos municipios, obtuvieron bajos puntajes en las dimensiones de funcionamiento ocupacional y bienestar físico, siendo las dimensiones de satisfacción espiritual y apoyo comunitario, en las que se obtuvo mejor puntaje por parte de los adultos mayores, finalmente se concluyó que aquellas personas que se encuentran institucionalizadas en estos municipios, cuentan con una alta calidad de vida, tampoco se halló correlación positiva de la calidad de vida con la edad de estos sujetos.

Al mismo tiempo, en la ciudad de Cúcuta en el Departamento de Norte de Santander, Hernández, Prada, y Hernández, (2017) en el estudio titulado “Bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados”, se evaluó el grado de bienestar subjetivo de la población de personas mayores, por medio de un modelo de la adaptación española de Butler y Kern (2016), cuya medición contempla: emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significados y logros, según el perfil (PERMA), contando así, con la participación de 250 adultos mayores entre los 60 y 96 años de edad.

En cuanto a los resultados obtenidos, se puede evidenciar que el nivel de bienestar reportado por el grupo poblacional es medio, de ahí subyace la importancia de contemplar las condiciones físicas y emocionales en las que se desenvuelven estas personas en la cotidianidad, relacionado directamente con el lugar que habita y el contacto social que establece con los familiares, compañeros de la institución y demás personal que los rodea diariamente.

Asimismo, a nivel regional se realiza el planteamiento de Álvarez, Ibarra, y García, (2011), en el estudio titulado “Eficacia de un programa para la promoción del bienestar a partir de las dimensiones del esquema de sí mismo, en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga”, donde se estableció una población de 188

adultos mayores entre los 61 a 100 años de edad, vinculados a los programas de Centro Día, ubicados en 8 grupos conformados por los barrios: la Victoria, Mutis, Caldas, Ciudad Bolívar, San Gerardo y Real de Minas, de la ciudad de Bucaramanga. De la muestra que se recogió, el 88% fueron mujeres y el 12% eran hombres.

Para esta investigación, se hizo uso de un cuestionario en donde se evalúan los componentes de (autoestima, autoeficacia, autoconcepto y autoimagen) con una escala de calificación tipo Likert. De igual manera, para la elaboración de dichos constructos, se utilizaron otros instrumentos estandarizados: el cuestionario de Autoconcepto AF-5 de García-Masitu (2005), la Escala de Bienestar Psicológico (EBP), en las dimensiones de percepción de bienestar subjetivo de Sánchez (2005) y la Escala de Motivaciones Psicosociales (MPS) de Fernández (2005). Los resultados que se encontraron refieren la importancia de los recursos personales desarrollados en el adulto mayor con el fin de buscar un mejor bienestar psicosocial, frente a los diversos estresores que son propios de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran.

Por otra parte, Álvarez (2011) refiere en su proyecto de investigación el “Bienestar Subjetivo en Adultos Mayores que hacen parte del Centro de Bienestar del Anciano de la Ciudad de Bucaramanga”, donde participaron 91 adultos mayores institucionalizados entre las edades de 55 a 92 años, utilizando como instrumentos de evaluación el Índice de Barthell o de discapacidad de Maryland (2007), el test para la detección del deterioro cognitivo y la Escala de Bienestar Psicológico (EBP), con esta última, se toman en cuenta las escalas de bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y relaciones con la pareja.

De acuerdo con los resultados en esta investigación, se encontró diferencias entre los hombres y las mujeres, respecto al deterioro cognitivo las mujeres son las que obtuvieron menor puntaje, lo que implicaba mayor declive cognitivo; en relación a la escala de Barthell, los hombres presentan mayor grado de independencia a la hora de realizar las actividades diarias en comparación con las mujeres, se puede concluir que los hombres presentan niveles más altos de bienestar psicológico, relacionado con

mayor satisfacción, felicidad y tranquilidad, seguido a esto, la aplicación del posttest de la escala de bienestar escogida, luego de la implementación del protocolo de intervención en temas de ocio terapéutico y bienestar subjetivo, las mujeres alcanzaron un mayor puntaje, demostrando interés por realizar diversas actividades recreativas.

Seguidamente, Anaya y Sepúlveda (2012), investigan sobre el “Deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos mayores reclusos en los establecimientos penitenciarios de Bucaramanga y Girón”, obtuvieron una muestra de 99 adultos mayores de los cuales 20 eran mujeres y 79 hombres, mayores de 55 años, los cuales son considerados como personas de la tercera edad por los centros penitenciarios, en donde se encuentran distribuidos por diferentes patios y pabellones.

Para el estudio se utilizaron tres instrumentos; el primero es la escala Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMQ) de Pfeiffer (1975), la cual mide la memoria a corto y largo plazo; la segunda, se trata de la Escala de Depresión Geriátrica de Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982), se centra en los aspectos cognitivos-conductuales que se relacionan con las características específicas de la depresión en las personas de la tercera edad. El último instrumento refiere a un Breve Cuestionario de Calidad de Vida de Fernández y Zamarrón (1996), en donde se evalúan 9 áreas de la calidad de vida: la salud, la integración social, las habilidades funcionales, la actividad y el ocio, la calidad en el ambiente, la satisfacción con la vida, la educación, los servicios sociales y sanitarios e ingresos. Con esto, se pudo concluir que los participantes se sentían complacidos con su existencia y las relaciones positivas que mantienen con sus familiares en especial con sus hijos, se incrementó significativamente aumentando así, la satisfacción con su vida.

Del mismo modo, Daza y Quintero (2018), elaboraron la investigación “Bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca” evaluando por medio de la prueba de bienestar psicológico de Ryff donde se toma en cuenta las diferentes dimensiones como lo son: autonomía, dominio del entorno, autoaceptación, propósito en la vida, crecimiento personal y relaciones

positivas con otros, contando con la participación de 80 personas adultas mayores entre los 60 a 95 años de edad, que hacían parte de la Fundación hogar adulto mayor necesitado (FHAMN), Fundación hogar de caridad María Santísima Samaritana, Fundación hogar geriátrico Luz de Esperanza (FUNDELUZ) y el Asilo San Antonio.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el grupo poblacional participante, obtuvo puntajes medios en las dimensiones relacionadas con autoaceptación, dominio del entorno y autonomía, mientras que las dimensiones que se caracterizan por tener puntajes bajos son: relaciones positivas, crecimiento personal y propósito en la vida, se pudo concluir que la población participante, cuenta con un nivel de bienestar psicológico medio, debido a los efectos negativos que puede llegar a ocasionar la condición de institucionalización en estas personas mayores, sumado a las situaciones que se enfrentan diariamente en la convivencia de los hogares geriátricos.

Al mismo tiempo, Sarmiento y Escobar (2018), realizaron su investigación sobre la “Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana”, la muestra poblacional que se tuvo en cuenta fue de 236 adultos mayores, en donde 118 fueron institucionalizados y 118 eran personas de la tercera edad que se encontraban en sus hogares, con un rango de edad de 60 años en adelante. Para la aplicación de la misma, se utilizó la escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF) de la OMS (1991), validada en Chile por Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco, y Bunout, (2011), en este instrumento se enfatizan cuatro áreas: la salud física, la salud psicológica, las relaciones interpersonales y el ambiente; en cuanto a los resultados obtenidos, los adultos mayores no institucionalizados registran mejores puntajes en cada una de las áreas, de igual manera las mujeres y las parejas casadas obtuvieron mayores resultados en el dominio del ambiente.

Por último, Baracaldo, Naranjo y Medina, (2018), abordaron el estudio del “Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia)”, en el que se contó con la participación de 50 personas mayores de edad, residentes de dos centros de bienestar;

con un rango de edad que oscila entre los 50 y 101 años. Entre los resultados encontrados, se expresa que el grupo poblacional institucionalizado presenta una gran variabilidad en el nivel de dependencia funcional, agudizado con el paso de los años. Puesto que, se facilita la aparición de la fragilidad, las pérdidas de capacidades funcionales físicas y psicológicas, favoreciendo así un mayor grado de dependencia.

Marco teórico

A continuación, en este apartado se visibilizan todos los conocimientos disciplinares, los cuales se implementan como base teórica en la sustentación del ejercicio de investigación. Principalmente, se da comienzo con la relación establecida entre calidad de vida y el adulto mayor, la definición y los componentes del término *bienestar psicológico*, seguidamente, se hace una aclaración entre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo; posterior a esto, se abordan las teorías y el modelo multidimensional del bienestar psicológico, al igual que la correlación entre el adulto mayor y el bienestar psicológico.

Acto seguido, se hace énfasis en las teorías explicativas del adulto mayor, en la vejez y el envejecimiento, luego se alude al estado emocional propio de este grupo etario. Asimismo, se tiene en cuenta la perspectiva del adulto mayor en su proceso de envejecimiento enmarcado en la jubilación, el relacionamiento que las personas de la tercera edad mantienen con sus familiares y la sociedad, y, por último, se contempla a esta población vista desde un entorno institucional.

Calidad de vida en el adulto mayor

El psicólogo y gerontólogo Mortimer Powell Lawton, estudió la calidad de vida teniendo en cuenta las repercusiones físicas y sociales, que se ven implicadas en dicho constructo, asimismo, propone una definición de dicho término, considerándolo como: la evaluación subjetiva multidimensional, la cual está sujeta a criterios, tanto intrapersonales como del sistema del entorno personal y contextos en los que se encuentra el individuo en tiempo pasado, presente y futuro, según Powell (1991) (citado por Gutierréz, Orozco, Rozo, y Martínez 2017).

Desde la perspectiva de Varela (2016), la calidad de vida está relacionada bajo diferentes aspectos, de tipo económico, social y cultural sumado a los valores propios de cada ser humano; es así como la percepción de los adultos mayores debe ser abordada de manera integral, donde no sólo se enfoque en la salud física, sino que además se consideren factores relevantes para el bienestar personal, la funcionalidad de estos individuos y los entornos socio familiares propicios, donde se les permita a los seres humanos pertenecientes a este grupo etario, continuar el desarrollo personal.

Según Krzemien (2001) (citado por Vera 2007), la percepción en la calidad de vida del adulto mayor, se da en gran medida por el reconocimiento que se otorga a una persona de edad avanzada, a partir de las relaciones sociales que establece en los diferentes contextos en que se encuentre, es así como la vejez será vivida como continuación del proceso vital de acuerdo a las circunstancias propias del ambiente y del desarrollo de la persona, de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social de los individuos pertenecientes a este grupo etario.

De manera similar, la investigación realizada por Vera (2007), concluye que en la mayoría de los adultos mayores el significado más valioso lo aporta el poder tener tranquilidad, ser cuidado y protegido por los miembros de su familia, recibir respeto por su persona y por sus bienes materiales, la satisfacción por haber logrado cada una de las metas establecidas, además, del derecho a expresar libremente sus opiniones.

Por otra parte, la calidad de vida según O'Shea (2003), se caracteriza por tener una percepción positiva acerca del progreso en cada una de las etapas del ciclo vital, siendo así que se constituye el logro de una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida donde la manera de indagar, es precisamente la expresión misma del adulto mayor sobre aspectos como dar sentido a su propia vida, los valores y los objetivos que se planteó a lo largo de su vida.

Para concluir, según Rivera y colaboradores (2015), la calidad de vida se define como "un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional

que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas". Este concepto está asociado a la estabilidad económica e inclusión social que se asegura en esta población, mediante la posibilidad de participar de forma activa en la comunidad, con el fin de que estos seres humanos transmitan a las generaciones más jóvenes, experiencia y conocimiento que permita comprender el estilo de vida y las repercusiones, que se deben tener en cuenta en este grupo poblacional.

Definición de bienestar psicológico

Para algunos autores la calidad de vida depende del bienestar general de la persona, es así que, en los últimos años, ha aumentado el interés por definir y estudiar el bienestar psicológico. Es por ello, que dentro de sus definiciones encontramos la de Sandoval, Doner y Veliz (2017), quienes afirman que este constructo es una experiencia propia de cada individuo, que se va construyendo a través del desarrollo y la capacidad que tiene cada individuo para relacionarse o asimilar las situaciones a las que se enfrente; resaltan la importancia de tomar medidas activas y positivas al momento de afrontar retos o problemas y no solo centrarse en los aspectos negativos de lo que se está presentando. Así mismo Ryff (1989), se refiere al bienestar psicológico como un esfuerzo que permite incrementar y potenciar las capacidades propias, al mismo tiempo, le da un significado a la vida que direcciona a la persona para que se esfuerce en conseguir sus objetivos y en alcanzar la superación personal a pesar de los conflictos que se presenten.

Por otra parte, Castro (2009) afirma que, "El bienestar psicológico es una dimensión fundamentalmente evaluativa, que tiene conexión con la estimación del resultado alcanzado según la forma determinada de haber vivido" (p. 47). Similar a lo anterior Ryff y Keyes (1995), definen el bienestar psicológico como una percepción netamente subjetiva respecto a la vida y un sentir de acuerdo a lo logrado a nivel intrapersonal e interpersonal en el desarrollo.

Componentes del bienestar psicológico

De acuerdo con Andrews y Withey (1976) (citado por Castro, 2009), el bienestar tiene tres componentes básicos: el afecto positivo, el afecto negativo y los juicios cognitivos

en torno al bienestar. A su vez García (2002) (citado por García, 2017), resalta que el bienestar psicológico, se encuentra caracterizado por tres componentes básicos: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo. Se evidencian dos puntos importantes que engloban, por un lado, la dimensión intelectual, relacionada con la satisfacción de la vida (que surge de los juicios cognitivos) y, por otro lado, se encuentra la dimensión emocional con lo referente a los afectos, ya sean negativos o positivos.

En cuanto al componente conectado con la satisfacción vital (enlazado con el bienestar subjetivo), se alcanza evaluando a nivel cognitivo, toda la trayectoria que se viene desarrollando hasta ahora o que se ha obtenido a lo largo de la vida de la persona. De igual manera, el componente afectivo logrado mediante las diversas respuestas emocionales que pueden llegar a aparecer en el momento que un sujeto realiza una evaluación de todo lo concerniente a su vida. Y, según Godoy, Martínez y Godoy (2008) (citado por García, 2017), esta valoración se puede obtener a través de emociones positivas y negativas que hayan sido experimentadas por una persona en cualquier momento de su existencia.

Bienestar Psicológico y bienestar subjetivo

Según lo antes contemplado, para definir el bienestar en la persona de forma general, desde la posición de Ryan y Deci (2001) (citado por Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez, 2016), se considera que se debe realizar la respectiva diferenciación en dos perspectivas de bienestar; la primera de ellas se centra en la tradición hedónica que estudia el bienestar *subjetivo* desde una evaluación general de la situaciones que resultan placenteras y no tan placenteras para los individuos, mientras que la segunda, se enfoca desde la tradición eudaimónica que da mayor énfasis al bienestar *psicológico*, el cual es estimado como un medidor del buen desarrollo personal y funcionamiento positivo de los seres humanos (Barra y Vivaldi, 2012).

Bienestar hedónico

Este primer enfoque hace referencia a la perspectiva hedónica, denominada de otra manera como bienestar subjetivo, tiene como objetivo principal, la obtención de deleite y

felicidad del individuo, reduciendo la existencia de dificultades, es decir, su enfoque principal es la búsqueda y experimentación de sensaciones positivas en todo momento.

Cabe destacar, que el bienestar subjetivo es considerado por varios autores, como la satisfacción que expresa una persona respecto a su vida, teniendo en cuenta el estado de ánimo que prevalece en sus experiencias. Según García y González (2000), la experiencia afectiva del individuo resulta esencial, puesto que, la prevalencia de los estados de ánimo positivos (felicidad, confianza, exaltación, entre otros), favorecen la satisfacción que expresa la persona. Siendo así, se concluye que el bienestar subjetivo es la complacencia que tiene un sujeto por los aspectos específicos y globales de las experiencias que ha tenido, influenciadas por juicios cognitivos y reacciones emocionales.

Bienestar eudaimónico

Seguidamente, Zubieta, Fernández, Bombelli y Mele, (2011) aluden al segundo enfoque, la perspectiva eudaimónica, la cual evoca todo lo relacionado con el bienestar psicológico, representado a través de las investigaciones realizadas por Ryff (1989) y por Keyes (1998), orientado, al crecimiento personal como estrategia para afrontar los diversos retos y desafíos que surgen en la vida, por medio de todas aquellas capacidades y fortalezas propias del potencial humano.

Por otro lado, el bienestar psicológico hace referencia a la satisfacción de una persona respecto a su crecimiento personal, a los objetivos, metas que ha logrado alcanzar y al proceso de desarrollo que ha tenido que atravesar para alcanzar esta satisfacción. No obstante, Hernández y Hernández (2006) afirman que “el bienestar psicológico es un tipo de bienestar más interno e independiente, duradero y posiblemente, de mayor calidad que el subjetivo, aunque este último también es necesario e importante” (p. 17), es así como Vázquez y Hervás (citado por Carretero et al., 2017), consideran que el bienestar psicológico resulta ser más consistente al momento de su estudio, que el bienestar subjetivo, pues no solo se centra en aspectos afectivos, también, en el desarrollo personal de los individuos y cómo se perciben a sí mismos.

Teorías sobre el bienestar psicológico

De acuerdo a los temas que se han tratado en los anteriores apartados, el bienestar psicológico ha sido objeto de varios estudios y es un concepto que se encuentra en constante construcción. Diversas teorías respaldan su definición, abordando, por ejemplo, la satisfacción de necesidades primordiales, el desarrollo y crecimiento personal en el proceso de adaptación de los individuos, como determinantes del bienestar psicológico. Entre estas teorías las más destacadas son:

Teorías universalistas o télicas

Este grupo de teorías universalistas o télicas, proponen que el bienestar psicológico está determinado por la satisfacción que alcanzan los individuos cuando cumplen sus metas y objetivos. Al mismo tiempo Castro (2009), sugiere que se consigue un mayor bienestar psicológico, cuando la persona logra llevar a cabo una satisfacción de sus necesidades. Para Dinner y Lanser (1991), hay necesidades que son singulares de cada persona, las cuales están determinadas por su aprendizaje, factores emocionales y la etapa del ciclo vital en la que se encuentra. Es así como se considera que favorecer el bienestar psicológico desde la satisfacción de las necesidades propias y el logro de metas, varía conforme las características de cada sujeto.

Por otro lado, para diferentes autores hay necesidades básicas que todas las personas deben cumplir. Es así como una de las clasificaciones más completa es la propuesta por Maslow (1997) quien establece una pirámide relacionada con las siguientes necesidades: las fisiológicas que resultan vitales para todas las personas; de seguridad que hace referencia a tener los recursos para el desarrollo de cada persona. Seguidamente, la de afiliación o pertenencia, luego, la necesidad de reconocimiento o estima, estas argumentan cómo las personas se relacionan con los otros que los rodean y consigo mismos. Por último, está el autodesarrollo y la autorrealización que evidencian los valores de cada persona y cómo estas la direccionan hacia sus metas y objetivos propios.

Después de analizar las necesidades desde la pirámide de Maslow, es notorio cómo el satisfacer cada una de estas, ya sean básicas, interpersonales o intrapersonales,

favorece el bienestar psicológico y, asimismo, aumentan las condiciones de vida del ser humano.

Teoría de la autodeterminación

Semejante al modelo anterior, la teoría de la autodeterminación propuesta por Ryan y Deci (2001) (citado por Mayordomo, Sales, Satorres, y Meléndez, (2016), propone la autorrealización como un aspecto fundamental al momento de definir el bienestar psicológico. A su vez, los autores referencian la motivación de las personas al momento de plantearse metas u objetivos, como un factor crucial para el desarrollo de la autodeterminación, además, consideran más favorable para el bienestar psicológico una motivación autónoma. Tal como lo comentan Meneses, Sánchez y Sepúlveda (2016), desde esta teoría, se considera al ser humano como proactivo, quien tiene una predisposición hacia el crecimiento personal y psicológico, pero esta misma puede ser favorecida u obstaculizada por factores ambientales.

Es así como Deci y Ryan (2000) (citados por Vázquez, Hervás, Rahhona y Gómez, 2009), afirman que un buen bienestar psicológico o un funcionamiento sano, implica la satisfacción de tres necesidades psicológicas fundamentales, la primera referida al desarrollo de la autonomía, la segunda a la competencia, donde se encuentran los objetivos y metas de cada persona y tercera, la vinculación con los otros. Por lo tanto, el bienestar psicológico está influenciado por estas tres necesidades que, al ser alcanzadas, le permiten a la persona desarrollarse de forma adecuada en su entorno y sentirse plena consigo mismo.

Modelo multidimensional del bienestar psicológico

El modelo multidimensional propuesto por Ryff surge para contrastar las teorías o modelos que consideran el bienestar psicológico como la ausencia de un malestar, según Castro (2009), Ryff enlaza las teorías del ciclo vital, las teorías del desarrollo humano óptimo y el funcionamiento mental positivo, además tiene en cuenta las posibles variaciones del bienestar respecto a factores, entre ellos: el sexo, la edad y la cultura. Así pues, este modelo se compone de 6 dimensiones, compuestas por: autoaceptación, relaciones

positivas, autonomía, propósito de vida, crecimiento personal y dominio del ambiente, que resultan claves para concretar el nivel de bienestar psicológico del individuo.

Autoaceptación

Según Ryff y Singer (2008) la autoaceptación es similar a una autoevaluación que las personas van haciendo a largo plazo y que implica tanto el conocimiento como la aceptación de sus defectos y cualidades. Se puede indicar, que esta dimensión hace referencia a la comodidad que siente la persona respecto a si misma y a su historia, sin dejar de lado sus limitaciones y desaciertos (Ryff y Keyes, 1995). Es decir, aquellas personas que logran conocerse, aceptarse y valorarse por quienes son y cómo son, tienden a relacionarse mejor con los otros.

Relaciones positivas con otros

Esta dimensión en la escala planteada por Ryff y Keyes (1995) se enlaza con la capacidad que tienen las personas de establecer y mantener vínculos con otros, que se basen en la confianza y sean de calidad. Puesto que en la naturaleza del ser humano se encuentra la tendencia hacia el otro, a relacionarse y vivir perteneciendo a una comunidad o sociedad, se ha encontrado que aquellas personas con mayores habilidades sociales tienden a tener mayor bienestar psicológico pues el forjar relaciones positivas les ayuda a desenvolverse en su entorno o ambiente.

Autonomía

En esta dimensión se evalúa la aptitud que caracteriza a una persona para desenvolverse en ámbito social, sin perder su individualidad y su autodeterminación, las personas con buena autoestima, tienden a tener una mayor capacidad para autorregular sus comportamiento y emociones, además de que logran resistir más ante la presión social que aquellos con baja autoestima (Ryff y Keyes, 1995).

Propósito de vida

Según Ryff y Singer (2008) esta dimensión se encuentra en gran parte basada en la búsqueda de significado propuesta por Viktor Frankl, donde crear o dar significado y dirección a la vida es también el desafío para llegar a vivir genuinamente. Por otro lado, las

teorías del desarrollo, hacen referencia a las metas o propósitos cómo algo que se ajusta a las etapas de la vida, siendo así que, en una edad mediana, el propósito se centra en ser creativo y productivo, mientras que, en una edad adulta, gira en torno a la integración emocional (Ryff y Singer, 2008).

Crecimiento personal

Esta dimensión del bienestar psicológico, está completamente relacionada con la autorrealización del individuo, por lo tanto, es una dimensión dinámica, involucra un continuo proceso donde se desarrolla el potencial de cada persona (Ryff y Singer, 2008).

Dominio del ambiente

Varios investigadores se han centrado en estudiar los efectos de tener o creer que se tiene el dominio del ambiente, encontrando que este aumenta la motivación o determinismo de la persona, llevando a que no se sienta tan abatida ante los obstáculos que se le presentan, al momento de intentar alcanzar una meta. Además, esta dimensión tiende a encontrarse en personas a las que les gusta emprender nuevos proyectos y plantear estrategias. De esta manera, la participación activa y el dominio del ambiente son aspectos positivos paralelos al sentido del control y la autoeficacia, favoreciendo el bienestar psicológico de las personas (Ryff y Singer, 2008). Al mismo tiempo, Sandoval, Doner y Véliz (2017), afirman que el dominio del ambiente “se articula a la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismos, dirigiendo efectivamente la propia vida” (p. 3).

Adulto mayor y bienestar psicológico

El bienestar psicológico, según lo señalado por los investigadores Satolli (2006) y Salanova, Martínez, Bresó, Gumbau y Grau (2005) (citados por Santorres, E., 2013), se denomina como la percepción sobre los resultados esperados y los logros obtenidos en el transcurso de su vida, así como el grado de satisfacción personal; relacionado con sus vivencias pasadas, su presente y lo que espera hacer en la vida. Por ende, se podría afirmar que el bienestar psicológico es transversal en el desarrollo evolutivo del ser humano,

en este caso enfocado en las personas mayores, quienes en sus últimos años de vida aún luchan por adaptarse a los permanentes cambios exigidos en su entorno.

Por tal motivo, y a pesar de ser tan inevitables estos cambios, es posible decir que los adultos mayores se ajustan a estas situaciones, replanteando sus propias metas y desafíos, con el fin de acomodarlos a sus nuevas habilidades y capacidades psicológicas, sociales y físicas acordes con su edad; reflejando así, un alto nivel de bienestar, debido a que al reformularse nuevas metas consecuentes a su etapa evolutiva, logran denotar una disminución en la frustración y por ende al fracaso; mediante sentimientos percibidos frente a la imposibilidad de concretar los objetivos propuestos, según lo planteado por Zamarrón (2006) (citado por Santorres, 2013).

De la misma manera, resulta importante considerar lo planteado por Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) (citado por Valdés, C., y Emma, S., 2009), quienes afirman que en el proceso de envejecimiento se debe tener presente el bienestar personal, encontrando un equilibrio entre el estado físico y el mental, con el propósito de obtener éxito en el desarrollo del mismo. Paralelo a esto, se adopta el concepto de *bienestar* como una noción general, constituido por la satisfacción, la felicidad, la buena actitud hacia la vida y la moral alta. En consecuencia, desde la perspectiva del adulto mayor, el analizar su propio bienestar permite que este logre reflexionar y conocer sobre sus sentimientos; proporcionando de esta manera, un proceso de aproximación a la senectud y a la realidad social que están vivenciando las personas de la tercera edad.

Teorías explicativas del adulto mayor

El proceso de envejecimiento es individual, internalizado y afrontado de manera diferente para cada sujeto, esta acción además de incluir la percepción por parte del mismo individuo, requiere la del entorno que lo rodea y de los diversos cambios físicos inmersos en este desarrollo, asimismo, las consecuencias subsiguientes tales como: los cambios psíquicos que inciden en las creencias, valores, pensamientos y comportamientos, que a su vez, precisan el desenvolvimiento de las personas en la cotidianidad y la formación de vínculos significativos con los otros. Por tal motivo, se presentarán algunas perspectivas y

estudios teóricos que mencionan diversos autores sobre este proceso evolutivo del envejecimiento.

Teorías sobre el envejecimiento con éxito

El envejecimiento exitoso se acogió como un término muy popular, abordado por John Rowe y Robert Kahn (1987) en la revista Science, en la cual estos estudiosos hacen la distinción de si aquello que aparece en una persona cuando envejece es producido por efectos de la *enfermedad* o del mismo *envejecimiento*. En esta diferenciación plantean los supuestos de “envejecimiento habitual” y “envejecimiento exitoso”, en el primero estarían aquellos individuos no patológicos pero que tienen un alto riesgo de llegar a presentar alguna enfermedad y la segunda categoría, está relacionada con los sujetos que se encuentran en bajo riesgo y con un alto funcionamiento a nivel físico y cognitivo.

Según estos autores el envejecimiento exitoso es multidimensional y consta de tres componentes: la ausencia o escasa posibilidad de enfermar o la discapacidad relacionada a alguna enfermedad, una alta capacidad cognitiva y funcional y un compromiso activo con la vida. En este primer componente, no se considera simplemente la ausencia o presencia de enfermedad, sino la inexistencia o una menor severidad de los factores de riesgo, el segundo sostiene, el imperativo de un constante ejercicio a nivel físico, al igual que unas óptimas condiciones a nivel cognoscitivo que proyecten la funcionalidad del adulto mayor en cualquier ámbito (ya sea a nivel social, personal, entre otros), y finalmente, el tercer componente enfocado en el compromiso, el cual pretende adoptar una participación frecuente en actividades productivas y con significado para la persona, dirigido a las relaciones interpersonales, manteniendo un contacto o apoyo emocional directo con los demás.

Teoría de la continuidad

Robert Atchley (1972) (citado por Merchán y Cifuentes, (s. f.)), considera que el proceso evolutivo del envejecimiento, está relacionado con la prolongación de las anteriores etapas del desarrollo humano y el comportamiento de las habilidades que se construyeron en las mismas. Se plantea que, a un adulto mayor, se le pueden llegar a presentar

situaciones sociales diversas, sin embargo, lo que se considera es la idoneidad para ser receptivo y poder dar respuesta y adherencia a nuevos procesos, es así como en el estilo de vida de este grupo poblacional, existen factores inherentes a sus habilidades y capacidades mejoradas a lo largo de su existencia.

De la misma manera, es importante resaltar que estos supuestos, se encuentran basados en la teoría de la actividad, la cual define al ser humano en un ciclo constante de desarrollo. A pesar de la llegada de la jubilación a la vida de una persona, esta no implica netamente una cesación del crecimiento humano y social, sino todo lo contrario, puesto que el adulto mayor logra mantener una capacidad para inventar y sobreponerse a diferentes experiencias y situaciones adversas que devienen de los diversos ámbitos que engloban la salud, lo psicológico y lo social, según lo expuesto por Merchán, E., y Cifuentes, R. (s. f.).

Teoría psicosocial de Erik Erikson

Santorres (2013), retoma el planteamiento realizado por Erik Erikson (1950) sobre el desarrollo del ego, en donde este sería el componente del self, el cual se comunica con el mundo exterior, a través de la implementación de procesos netamente cognitivos como lo son: el razonamiento, la percepción y el recuerdo. Igualmente, expone que este ego, se establece por medio de ocho estadios universales o etapas del ciclo vital, caracterizados cada uno por una crisis o conflictos (las cuales permiten un desenvolvimiento adaptativo o no, en donde se determinará el éxito obtenido para la preparación de una nueva problemática) en el desenvolvimiento psicológico o en las expectativas que el ser humano tiene sobre la realidad.

A continuación, Santorres (2013) presenta los últimos dos estadios de la teoría de Erikson, que hacen referencia a la adultez y a la vejez:

Adultez media (40-60 años) (Generatividad vs. Estancamiento). En este período se puede llegar a presentar la tan usual “crisis de la edad intermedia”, en la cual, las personas acostumbran a preocuparse por propiciar y facilitar un camino a la generación venidera, con la finalidad de poder perpetuarse a sí mismos a través de esta descendencia, sin dejar que llegue a declinar. Por tal motivo, si no se llega a producir tal fin, provoca un

estancamiento y en consecuencia se genera una pérdida del ímpetu por la vida y asumen una actitud de fracaso e imposibilidad, ya que piensan que no tienen nada que brindarles a los demás.

Vejez (más de 65 años) (Integridad del Yo vs. Desesperación). En este estadio, el adulto mayor realiza una observación de su vida de forma retrospectiva, es decir, puede analizarla como una experiencia significativa o como una gran desilusión cargada de promesas incumplidas y metas sin alcanzar. Las experiencias vivenciadas en esta etapa, se perciben con más dificultad, debido al distanciamiento social considerable, produciendo sentimientos de incapacidad e inutilidad, sustentados en el marco de la sociedad actual.

Finalmente, Erikson (citado por Zacarés y Serra, 1998) alude a que todo el desarrollo experimentado por el sujeto está fundamentado a partir de un principio epigenético, es decir un “orden natural interno” que trabaja como una pre-programación biológica la cual se interrelaciona con el medio exterior.

Teoría de la selectividad socioemocional

En el grupo de las teorías sociológicas, se encuentra una importante premisa propuesta por Carstensen (1992) la cual se denomina, *Teoría de la Selectividad Socioemocional* (SST), en la que se plantea un enfoque que permite explicar los diversos cambios devenidos en el contacto social, lo cuales tienen gran repercusión en el proceso de envejecimiento.

Esta postura, vista desde el proceso evolutivo de la vejez, se acompaña por una optimización de la experiencia emocional, atribuida por un cambio en la posición y el significado de las metas, transformando y regulando la emoción afectiva (maximizando aspectos positivos y minimizando los negativos) como una especie de “prevención”, (la elección de vínculos interpersonales y situaciones a las que se enfrentan) referida a características propias de este grupo poblacional.

Asimismo, la SST tiene en cuenta los factores cognitivos y motivacionales, los cuales se consideran importantes para los cambios generados en la red social. Debido a que, este contacto con los otros a lo largo de su evolución, está impulsado por un conjunto

de metas reformuladas a corto y largo plazo, las primeras están clasificadas por el mantenimiento de una regulación emocional, relacionada con los propios sentimientos y en segundo lugar, las metas a largo plazo, en las que no existe una mayor relevancia y se encuentran asociadas a la búsqueda de nuevos conocimientos, según lo estipulado por Carstensen y Fredrickson (1990) (citado por Santorres, 2013).

Vejez y envejecimiento

La psicología como área de estudio se encarga de investigar el comportamiento humano, su desarrollo y evolución a lo largo de la vida, siendo precisamente durante las cuatro etapas de la vida: infancia, adolescencia, edad adulta y vejez, donde se adquiere las dos condiciones propias del desarrollo humano como son: la conciencia de sí mismo y el lenguaje como fuente principal de comunicación. Fernández-Ballesteros, (2004).

De esta manera, Baltes y colaboradores (citado por Posada, 2005), afirman que la capacidad adaptativa de los seres humanos en cada una de las fases del desarrollo en el ciclo vital, juega un papel de suma importancia, ya que no se debe reflexionar simplemente desde las particularidades impuestas por la sociedad, por lo tanto, el proceso de adaptación en cada sujeto se debe entender como un desarrollo activo y constante, en el que cada persona es capaz de manejar favorablemente las circunstancias que se le presenten, implicándose en las condiciones sociales y biológicas que se producen con el paso del tiempo, para generar los cambios necesarios con el fin de adaptarse adecuadamente a las condiciones personales en el contexto que se encuentra un adulto mayor.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, la vejez es un estado de la vida mientras que el envejecimiento es una transformación que sucede con el paso del tiempo, se tiene la creencia que a partir de cierta edad empieza esta etapa de la vida que conlleva pérdida, declive y deterioro, esta posición asumida desde el modelo biomédico, indica cómo después de pasar por un fuerte ciclo de crecimiento la mayor parte de los sistemas biológicos pierden eficiencia, el comportamiento de esos mecanismos biofísicos es lo que se denomina envejecimiento; se debe tener en cuenta que el comportamiento de todo ser

humano, se va a construir por medio de la transacción entre el sujeto y el entorno sociocultural en el que se encuentre a lo largo de la vida.

La vejez es vista como un momento en la vida en los seres humanos, en la que se llega con pericia y distintas experiencias, debido no sólo al estado del organismo en su sentido netamente biológico, sino también, a la influencia del aprendizaje adquirido a lo largo de la historia y de las circunstancias en las que se ha vivido en todo el ciclo vital. Conforme a lo anterior, el proceso de envejecimiento presenta variabilidad entre todas las personas, ya que a medida en que se incrementa la edad, aumentan las diferencias imperantes entre los adultos mayores, de acuerdo a la diversidad de circunstancias y los contextos trascendentales vivenciados por cada uno de ellos.

Según Fernández (2004), el desarrollo humano visualizado a través de una perspectiva psicológica, continúa efectuándose mientras se dé la interrelación entre el organismo biológico y el contexto sociocultural en el que esté inmerso el ser humano, es así como Heckhausen y Schulz estudiaron el conjunto de características psicológicas, a lo largo de los 20 hasta los 90 años de edad, al que se llama “pérdidas y ganancias”, en el que determinaron, a lo largo de la vida de un individuo que, en los primeros años existen cambios positivos que conllevan a un incremento en todas las funciones de los diversos sistemas del organismo, mientras tanto, en la edad adulta, se produce una meseta de estabilidad comportamental y a partir de los 70 años, se empiezan a generar declives, lo que permite concluir, la existencia de ganancias o mejoras en distinta medida y proporción en el ciclo vital, aún a los 90 años. Conforme a Fernández (2004), Heckhausen y Schulz (1993), es importante tener en cuenta los patrones de cambio que se pueden determinar en la edad adulta mayor en cuanto a las funciones cognitivas y afectivas propias de cada individuo.

Patrones de cambio en la vejez

Funciones cognitivas

El ser humano es un procesador activo de información, en el cual el desarrollo de recepción de toda la información que recibe diariamente, tiene como soporte principal el

Sistema Nervioso Central (SNC). Durante el envejecimiento se produce un enlentecimiento de las funciones cognitivas, lo que genera una menor eficiencia en el funcionamiento de las capacidades cognoscitivas del individuo. Respecto a la recepción de información que realiza el ser humano, depende tanto de las circunstancias externas como de las funciones psicológicas que se han adquirido a lo largo del proceso de aprendizaje de cada una de las personas. Es así como se dan cambios significativos en la memoria de trabajo y la memoria episódica resaltando que, así como algunas funciones sufren cambios negativos, otros aspectos se mantienen estables; por parte de algunos autores se ha afirmado la existencia de recursos psicológicos para mejorar los sistemas de memoria que han declinado como resultado del avance propio en esta categoría de edad.

De esta manera, Fernández (2004) afirma que el medio por el cual se expresan las funciones cognitivas es la inteligencia, esta es vista como la capacidad de adecuación al ambiente o el conjunto de competencias que permiten la resolución de situaciones problemáticas en los diferentes contextos en los que se halla inmerso el ser humano, presentando patrones de cambio y una estabilidad relevante de la funcionalidad a nivel intelectual a lo largo del ciclo de la vida.

Por consiguiente, las diferencias entre la inteligencia biológica y la inteligencia cultural, se refiere especialmente al hecho de que la inteligencia biológica, está relacionada con aquellas aptitudes de velocidad perceptiva, fluidez verbal, razonamiento espacial, mientras que la inteligencia cultural, se relaciona directamente con aptitudes de información, comprensión y vocabulario. La inteligencia biológica se desarrolla de manera exponencial en las primeras etapas del ciclo vital para empezar a disminuir a partir de los 30 años de edad, por el contrario, la inteligencia cultural se mantiene en sus funciones habituales hasta edades avanzadas.

La presencia de deterioro cognoscitivo en la vejez, se ha definido como la variación de una o más funciones cognitivas, que puede llegar a conmocionar la operabilidad de la vida cotidiana. Por lo cual, Cancino, Felmer y Ortiz (2018), mencionan que diferentes investigaciones del funcionamiento cognitivo en este grupo poblacional, se han orientado en

la medición de diversos procesos, en especial de los siguientes: la memoria, la atención, la orientación, las habilidades visoespaciales, incluyendo la importancia de cada uno de estos en el envejecimiento activo.

Desde esta perspectiva Cancino y colaboradores (2018), la reserva cognitiva es una de las variables que se ha investigado con mayor frecuencia los últimos años, es definida como “la forma eficiente y flexible en que un sujeto es capaz de optimizar su rendimiento cognitivo y responder a las demandas del entorno”, esta se acumula a lo largo del progreso de las etapas del ciclo vital, por este motivo incluye diferentes particularidades innatas y adquiridas como, por ejemplo, la escolaridad, tipo de ocupación, realización de actividades desafiantes respecto al aspecto cognitivo y las actividades de ocio, estas influyen directamente en la percepción de bienestar y calidad de vida que tienen las personas al llegar a esta edad. Entonces, los sujetos con alta reserva cognitiva presentan menor riesgo de sufrir deterioros cognitivos avanzados en la adultez mayor.

Por otro lado, de acuerdo a las características y condiciones mencionadas respecto a las funciones cognitivas en el adulto mayor, se aprecia el constructo de sabiduría, desde autores como Baltes y colaboradores (citado por Fernández, 2004), donde se tiene en cuenta la forma en que piensan y se expresan las personas de la tercera edad, y a la vez, la versatilidad a la hora de resolver problemas, planteando así los cambios positivos en el funcionamiento intelectual, asociado a la experiencia y conocimiento adquirido por los adultos mayores. Sumado a lo anterior, la sabiduría no se puede conceptualizar como un rasgo únicamente cognitivo, sino que presenta ciertos componentes de tipo afectivos y emocionales. Finalmente, respecto a las funciones cognitivas en la última etapa del desarrollo del ser humano, algunos aspectos declinan mientras que otros se mantienen, incluso existen componentes de suma importancia como lo es el juicio y la comprensión que aumentan en la edad avanzada.

Funciones afectivas

La afectividad en cada una de las personas, ha sido estudiada desde el ámbito psicológico donde los sentimientos y emociones son componentes esenciales de este

concepto, el ser humano como organismo es emocional, siendo allí donde la capacidad intelectual se une con la expresión de afectos enmarcados dentro de los sentimientos, a la hora de emitir un comportamiento. En la edad avanzada, los adultos mayores viven situaciones conflictivas que provocan reacciones afectivas negativas como son: la jubilación, el fallecimiento y falta de seres queridos, la enfermedad crónica, que lleva a sentir una mayor proximidad a la muerte, en el caso de no ser tratadas, pueden llegar a originar síntomas depresivos, soledad y malestar que causa sufrimiento, no sólo en el adulto mayor sino en las personas que se encuentran con él diariamente.

Por ello, se tiene la creencia coloquial que las personas mayores al ser comparadas con los más jóvenes, no expresan felicidad, bienestar o satisfacción, por el contrario, las investigaciones realizadas, demuestran que no existe incidencia entre la edad y la expresión verbal sobre la experiencia de la felicidad, siendo precisamente el cómo se establece “la paradoja de la felicidad”, que es la falta de incidencia de la edad en la percepción de bienestar y felicidad. De acuerdo a los múltiples estudios ejecutados en el campo de la psicología del envejecimiento (Fernández 1996), se encontraron hallazgos respecto a la afectividad de las personas mayores, donde se confirman la expresión de emociones con la misma intensidad e igual frecuencia que cuando se es joven, por otro lado, el experimentar emociones negativas, se presenta con una frecuencia más baja a partir de los 60 años de edad, lo que permite pensar que estas personas sienten mayor felicidad y gratitud que frustración, rabia o tristeza.

Es por esto, que la mayoría de autores que han indagado sobre el mundo afectivo de los mayores, llegan a la conclusión de que en esta etapa de la vida hay una mayor complejidad y riqueza emocional que incrementa el manejo adecuado de los afectos, lo que significa una mayor madurez afectiva. En dicho espacio de afectividad, existe la posibilidad de que ocurran cambios positivos relacionados principalmente con la disminución de la emotividad negativa, esto es posible gracias a las conceptualizaciones realizadas por algunos autores, que la describen como una mejor elaboración emocional.

Estado emocional del adulto mayor

Los cambios demográficos inherentes de esta sociedad industrializada, produjo un incremento en la población de personas mayores, y como consecuencia el surgimiento de problemas a nivel psicosocial y de salubridad. Por esta razón, diversos estudios se han interesado en las consecuencias sobre la salud, la enfermedad y los problemas a nivel social, en especial todo lo relacionado con el estado anímico en esta edad.

De esta forma, Carstensen (1995) (citado por García, 2017) plantea la Teoría de la Selectividad Socioemocional (SST) basada en un enfoque sociocognitivo de las emociones, explicando que las personas mayores, tienden a utilizar procesos selectivos que les permiten sostener relaciones relevantes en su vida, dejando de lado aquellas que no logran percibir como significativas. Por consiguiente, en la adultez mayor es poco relevante el planteamiento de metas a futuro, pero sí, es importante el establecimiento de vínculos interpersonales adaptativos.

Desde esta perspectiva, el lograr mantener conexiones afectivas y positivas, conlleva a la experimentación de emociones que benefician y aumentan la posibilidad de inhibir aspectos negativos. Por tal razón, se puede concluir que con el paso de los años son significativas y trascendentes las interacciones sociales en la vida afectiva de las personas.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, según Calderón (1990) (citado por Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004), la vejez es una etapa donde el individuo requiere hacer un esfuerzo adicional para lograr una adaptación satisfactoria a los diversos cambios y a las múltiples exigencias ambientales, las cuales debe enfrentar. Análogamente, llegan a surgir fenómenos entre los que se destaca la depresión, cuyo impacto se evidencia en el estado mental y físico de los adultos mayores, alterando su calidad de vida y la interrelación con su entorno.

Por otra parte, Fredrickson (1998, 2001, p. 220) (citado por Aguilera, 2014), hace énfasis en las emociones positivas, las cuales ayudan y permiten el empleo de estrategias adecuadas en la prevención y tratamiento, de todas aquellas problemáticas que se encuentran arraigadas en las emociones relacionadas con aspectos negativos, como la ansiedad, la depresión y los problemas de salud devenidos de situaciones estresantes.

Seguidamente, la teoría planteada por Labouvie-Vief (1989,1996) (citado por Aguilera, 2014), da cuenta de que los adultos mayores y los individuos psicológicamente más desarrollados, son aquellos que estarían en contacto permanente con sus sentimientos y emociones, pues a diferencia de los jóvenes, logran especificar las reacciones conmovedoras en formas más complejas, como resultado del discurso contenido en sus vivencias, fortalecido por estrategias que les permiten autorregular aquella emotividad de forma más consciente; evidenciado en sus reflexiones acerca de lo corta que es la vida y que cualquier momento podría llegar a ser el último.

Envejecimiento y jubilación

En tiempos pasados, las creencias sobre la vejez estaban relacionadas con la imposibilidad física de un individuo para continuar ejerciendo las actividades laborales o por razones de salud, se perdían las competencias necesarias para laborar o dirigir, se vinculaban estos acontecimientos con la última etapa del ciclo vital. Desde la perspectiva de Hidalgo (2002) (citado por Alpízar, 2011), la vejez está acompañada de una serie de ajustes que requieren de adaptación, estos cambios que se presentan en dicho periodo de la vida están relacionados con diferentes tipos de pérdidas como: actividades laborales, deterioro de la salud física y mental, pérdida de la apariencia juvenil y reducción de ingresos.

De esta manera, la jubilación es pensada como un profundo precipicio vacío, en el cual la persona no se encuentra preparada para afrontarlo en su vida, de acuerdo a las consecuencias que se pueden generar, porque de alguna manera, lleva al sujeto a una pérdida de identidad y de funcionalidad brindada por el empleo, considerando este proceso como una desvinculación del medio social y un creciente sentimiento de incapacidad. En contraste con lo anterior, este momento se vive por la mayoría de personas, como algo de suma importancia puesto que, para unos significa el lograr disfrutar del tiempo libre, para otros, es un instante de estrés, debido a que el retiro del mundo laboral, supone la disminución del poder adquisitivo a nivel económico y, en consecuencia, afecta aspectos psicológicos de los individuos pertenecientes a esta población.

Sandín (2003) (citado por Hermida, Tartaglini y Stefani, 2016), tiene en cuenta la jubilación, como aquel factor que engloba un conjunto amplio de transiciones en la vida del ser humano, debido a que, representa por sí mismo un acontecimiento vital, el cual es potencialmente estresante. Las redes de apoyo que haya logrado construir el sujeto, actuarán como moduladoras frente a los múltiples cambios presentes a lo largo de su existencia.

La jubilación, según Alpízar (2011), por estar asociada a la etapa de la vejez, se considera como aquel proceso que requiere un abordaje desde un enfoque globalizado, a través de una intervención gerontológica, pues en muchas ocasiones conlleva a la presentación de amenazas para aquellas personas que conforman la tercera edad, sobre todo para los que han hecho del trabajo una fuente de identidad. En consonancia con lo anterior, debe existir una transformación adaptativa, la cual es fundamental para sobrellevar esta fase de forma placentera y con calidad. Al mismo tiempo, el impacto que supone la transición de una etapa activa a una menos activa para las personas, puede desencadenar en una serie de afectaciones como la disminución de la salud física y emocional de cada uno de los sujetos.

De esta manera, la jubilación alude al retiro del ámbito laboral a una persona, el cual va conectado de una retribución económica, derecho que se le atribuye a un sujeto por haber laborado durante cierta cantidad de años, cotizando a un régimen pensional de acuerdo a las normas legales establecidas por cada país. En el caso del ciudadano colombiano, Villalobos (2016) plantea que el Sistema General de Pensiones (SGP), establece que si un afiliado al cumplir cierta edad (mujeres 57 y hombres 62 años) y al haber cotizado al sistema 1300 semanas durante el período laboral, logra acceder al derecho de pensión mínima de vejez, siendo legalmente válidas las condiciones anteriormente mencionadas para cualquiera de los dos regímenes existentes; el Régimen de Ahorro Individual Solidario (RAIS) y el Régimen de Prima Media (RPM).

No obstante, es fundamental referir que desde otra perspectiva, el Congreso de Colombia implementa la Ley 2040 de 2020, en donde se hace alusión al impulso del empleo

en las personas de la tercera edad, las cuales no gozan de pensión, debido a que solo cumplen con el requisito legal de la edad establecida para jubilarse; paralelo a este decreto se promueve las políticas de autonomía y autosuficiencia económica del adulto mayor, de esta manera se está garantizando el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio para esta población en especial.

Por otra parte, el estadio de jubilación, se presenta al mismo tiempo con el inicio de la etapa de adultez mayor por lo que representa para el individuo ciertas características particulares como, los cambios de papeles, la inactividad referente al ámbito ocupacional, la pérdida de estatus, la disminución en las interacciones y vínculos interpersonales, de ahí que, este momento en la vida de las personas sea para muchos una etapa de difícil adaptación, por la coincidencia directamente con el período de la última fase del ciclo vital de todo ser humano, Alpízar (2011).

De esta manera, es importante señalar la perspectiva de Jahoda (1979), considerando que la pérdida de un empleo involucra diversos cambios en el ser humano, tales como: un aislamiento producido por el desprendimiento o desaparición de un contacto cotidiano, vinculados a la red social personal percibidas como significativas. No obstante, Thoits (1986) (citado por Hermida, Tartaglini y Stefani, 2016), plantea que la red anteriormente mencionada, logra aportar un apoyo emocional al sujeto, en otras palabras, no es necesario tener gran cantidad de personas que conformen y soporten esa conexión, sino la posibilidad de percibir que existe un respaldo impartido por los miembros que la conforman, con el fin de producir una satisfacción con la misma.

Vejez productiva

La falta de visibilidad de las funciones ocupacionales, se debe en parte a la convicción socialmente compartida que establece las actividades laborales y la adultez mayor como realidades opuestas, por esto desde los diversos estudios relacionados a la vejez productiva se cuestiona la equivocada asociación entre productividad y empleo remunerado; se destaca la importancia de valorar las habilidades y contribuciones de esta

población a la sociedad, con un criterio más amplio que el de utilidad en términos estrictamente monetarios. Moragas (1998) (citado por Miralles, 2010).

De acuerdo con lo anterior, la literatura gerontológica de Robert Butler, propone el tema de envejecimiento productivo a principios de la década de 1980, el cual reconoce como “la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse independiente como sea posible” Butler (2000) (citado por Miralles, 2010). Para Bass, Caro y Chen. Y., (1993), (citado por Miralles, 2010), el envejecimiento productivo es “cualquier tipo de actividad desarrollada por una persona mayor que produce bienestar o servicios, sea remunerada o no, o desarrolla capacidades para producirlas”.

Desde este punto de vista, la perspectiva de envejecimiento productivo hace alusión al concepto de rendimiento, entendiéndose como el conjunto de ganancias colectivas que las personas mayores consiguen a partir de sus acciones individuales; es decir, se habla del constructo de productividad desde el “hacer con sentido”, que puede no necesariamente referirse a la particularidad de la solvencia financiera, sino por el contrario, estas personas se ocupan en diversidad de labores diarias, favoreciendo una contribución más significativa en los entornos que habitan Caro y Sánchez (2005) (citado por Miralles, 2010). Dentro de las dimensiones del envejecimiento productivo se pueden especificar cuatro grupos de aportes en los que se ven involucrados los sujetos pertenecientes a esta población: trabajo familiar-doméstico, labores de voluntariado en la comunidad, trabajo remunerado y las actividades educativas-culturales.

Conforme con lo anterior, el trabajo familiar-doméstico, abarca todas aquellas tareas no remuneradas que se llevan a cabo principalmente en el cuidado de la casa, los quehaceres domésticos: cocinar, lavado de ropa, labores de jardinería, trámites y compras de alimentos, entre otros, desde allí también se da la transferencia de saberes y conocimientos a las generaciones más jóvenes. Seguidamente, las labores de voluntariado en la comunidad, comprende diferentes formas de servicios que ofrecen bienestar de la colectividad, donde las actividades generalmente están vinculadas a la intervención en

colectividades comunitarias, gubernamentales, religiosas, educativas; el ser voluntario es significativo para los individuos que pertenecen a esta población, ya que se requiere dedicación, responsabilidad y compromiso social, contribuyendo en sentimientos de utilidad que generan satisfacción por la colaboración a la sociedad.

A su vez, el trabajo remunerado equivale a las actividades realizadas por el intercambio de un beneficio económico, en muchos casos es una continuidad de lo desarrollado durante gran parte de su vida laboral; debido a las circunstancias y remuneraciones que reciben por su trabajo, la mayoría de ellos se ubican en el sector informal del mercado laboral, así se evidencia la falta de reconocimiento de sus derechos y vulnerabilidad de la situación que algunos adultos mayores viven a partir de la jubilación. Por último, las acciones educativas-culturales son las formas de contribución en distintos ejercicios de formación y transferencia de conocimientos, experiencias y habilidades de acuerdo a los saberes populares o profesionales que se han adquirido durante el desarrollo del ciclo vital, asimismo los seres humanos pertenecientes a este grupo etario participan en programas educativos formales con el fin de adquirir nuevos aprendizajes.

En conclusión, los adultos mayores participan en múltiples tareas que desempeñan en la cotidianidad, colaborando en dinámicas relacionadas con la familia y la comunidad que los rodea, así, establecen redes de apoyo a nivel social que favorecen el análisis de sus potencialidades y el desarrollo de dichas tareas, que resultan provechosas para sí mismos durante la vejez. También, pretenden mantener todas aquellas funciones que venían realizando a lo largo de toda su vida antes de llegar a la jubilación, o participar en nuevas tareas productivas, constituyéndose en un mecanismo común, Miralles (2010).

Adulto mayor y relaciones familiares

La familia según Landriel (2001) es una institución que ha estado ligada históricamente a múltiples cambios culturales, económicos y de las características propias del entorno familiar, por otra parte, esta organización permite un espacio que privilegia la intimidad subjetiva, por medio de la cual se construyen identidades, se establecen vínculos afectivos y se posibilitan procesos de individuación.

Ulteriormente, Barros y Muñoz (2001), afirman que la familia es de gran importancia para el adulto mayor, debido al apoyo propiciado tanto afectivo como cognitivo, los cuales son fundamentales para llegar a asumir las consecuencias que conlleva el proceso de envejecimiento, con este soporte, pueden lograr contrarrestar las discriminaciones sociales y mantener significativamente la autoestima y la confianza en sí mismos, como pilar para dar sentido a su vida y así poder asumir un rol más activo. De lo anterior, se resalta la posición y acompañamiento brindado por parte de la familia en el proceso de envejecimiento, constituyendo así, dos categorías que son transversales en la trayectoria vital de cada uno de los individuos.

Por otra parte, desde la relación de los adultos mayores con sus hijos, estos se convierten en una parte sustancial para sus vidas, esto se encuentra relacionado con lo planteado por Ocampo, Valencia y González (2009) y lo descrito en la teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen, en donde se alude que las personas a medida que envejecen, desean continuar por más tiempo junto a sus seres queridos o con aquellos que consideran tener una conexión significativa, para poder compartir el resto de su vida y en ese proceso ir fortaleciendo los vínculos que los unen; proporcionando de esta manera un mayor bienestar y calidad de vida en la vejez.

Considerando lo anterior, Ocampo, Valencia y González (2009) comentan que en esta etapa evolutiva también se tiene en cuenta la responsabilidad filial, asociada a un cierto tipo de "obligación personal" que subyace en los hijos adultos hacia el óptimo bienestar de sus padres, lo cual puede indicar algún tipo de compromiso en proteger y cuidarlos o por otro lado, esto llega a influir en una posibilidad de autosuficiencia e independencia, en donde los hijos de estos adultos mayores, los animen a desarrollar ciertas tareas o actividades gratificantes para la autonomía de sí mismos.

Sin embargo, resulta importante aclarar que el éxito que pueda emerger hacia el adulto mayor, está vinculado con la relación y la buena comunicación que este ha tenido durante toda la vida con su hijo(a), debido a que la decisión que involucra estar en el mismo hogar, requiere que exista un respeto de ambas partes en cuanto a su autonomía y a sus

diferencias, aunque en algunos casos, no suele desarrollarse de esta manera, a causa de la sobreprotección que se puede presentar por parte de los hijos hacia sus padres, impidiéndoles su libertad bajo la excusa de los cuidados que les brindan, sometiéndolos a asumir cargas emocionales muy fuertes; conllevando de esta manera, a que surjan presiones psicológicas que susciten alteraciones a nivel afectivo, desencadenando estados de ansiedad o de depresión en los adultos mayores.

Adulto mayor y relaciones sociales

De acuerdo con la literatura, el término relaciones sociales engloba todos los aspectos a tener en cuenta como son los efectos de los vínculos creados mediante las interacciones que se generan constantemente con las personas cercanas sobre la salud del adulto mayor, el concepto de redes sociales está relacionado directamente con los aspectos estructurales de la comunicación que se establece con las demás personas, siendo el apoyo una de las funciones principales que se cumple a partir de los elementos de estructura, por lo tanto las relaciones sociales son el grupo de personas con las que se comunica un individuo, las propiedades de los lazos que se mantienen y el modelo de interacciones que se producen.

Según Undurraga (2012), los humanos son en su esencia seres de relación, siendo este un aspecto de relevancia para el desarrollo de todos los sujetos, la sociabilidad remite a la habilidad que tienen todas las personas para orientarse hacia los demás, estableciendo un contacto que favorezca la creación de lazos para el manejo de relaciones sociales adecuadas, además se afirma que entre los vínculos relevantes se hallan los parentales, los filiales, los de pareja y las amistades. La vida personal se desarrolla en un espacio al que se denomina sociedad, siendo precisamente el hecho de sentirse miembro de una comunidad lo que produce bienestar.

De esta manera, el apoyo social beneficia el estado de salud tanto físico como mental y la percepción positiva de seguridad de este grupo poblacional, disminuyendo la expresión de sentimientos de soledad que sobrevienen con el paso de los años, particularmente en aquellas personas adultas mayores que han vivido situaciones como la

viudez, y sus vínculos sociales se ven disminuidos de manera significativa por la muerte y lejanía de amigos y familiares como lo afirma Cancino (2018).

El modelo propuesto por Berkman y Glass (2000), ha elaborado un marco conceptual de acuerdo a la influencia de los nexos cercanos en la salud teniendo en cuenta las condiciones socioestructurales de la comunidad en la que se encuentran estas personas, lo que determina unos patrones de redes específicos, por medio de mecanismos que actúan sobre dimensiones psicológicas y fisiológicas que producen efectos sobre la salud mental de los adultos mayores. Es importante destacar las características socioestructurales las cuales son: la cultura, la economía, la política de manejo de la sociedad, los cambios que se dan en el envejecimiento, la urbanización o las situaciones a las que se ve expuesto una persona a lo largo del ciclo vital.

Por consiguiente, Berkman y Glass (2000) (citado por Otero y colaboradores, 2006), estudiaron la influencia de las relaciones sociales en repercusión a la salud, con el propósito de plantear un modelo en el que los vínculos que se establecen actúan por medio de mecanismos psicosociales sobre vías fisiológicas y psicológicas, siendo así, el modo de suscitar repercusiones que recaen sobre la salud mental y física de cada uno de los sujetos. La evidencia científica demuestra los efectos de las interacciones en la longevidad, la capacidad funcional y la salud mental de los adultos mayores, de esta manera, se da importancia a las diversas redes utilizadas y construidas a lo largo del proceso de aprendizaje vivenciado en cada una de las etapas del ciclo vital, que van a contribuir en el logro de un envejecimiento óptimo y saludable. Asimismo, se ha evidenciado el efecto beneficioso de las diferentes actividades de integración, que se organizan en la comunidad con la permanencia e integración de las personas de la tercera edad.

Por lo tanto, (Bassuk et al, 1999; Fratiglioni et al, 2000; Seeman et al, 2001; Holtzman et al, 2004) (citado por Otero y colaboradores, 2006), aseguran la importancia de comprender el papel fundamental de forjar lazos de confianza y la posibilidad de integración en los diferentes contextos de estas personas, que van a influir directamente en el estado de ánimo y la percepción de calidad de vida de dicha población. Por este motivo, el

aislamiento es un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de sufrir una enfermedad como la demencia, es por ello que se sugiere el desarrollo y mantenimiento de unas adecuadas relaciones interpersonales ya que protegen las funciones cognitivas.

En conclusión, los vínculos facilitan la adquisición de hábitos que contribuyan a una nutrición saludable y rutinas de actividad física por parte de los adultos mayores, lo que conlleva una asociación positiva no solo a la salud física sino también a la salud mental, por esto es fundamental las relaciones cercanas y sanas, el acompañamiento emocional por parte de la familia y la participación en las actividades comunitarias que benefician a la población perteneciente a este grupo etario.

El adulto mayor en las instituciones

Los adultos mayores se enfrentan a varios cambios y pérdidas debido a la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, como son: pérdida de la visión, de la memoria, de la motricidad, por lo anterior, necesitan de cuidados especiales por parte de aquellos que los rodean, lo anterior ha favorecido la implementación de medidas sanitarias para la mejora de su cuidado y la creación de instituciones (asilos, hogares y centros de bienestar del anciano) que apoyen la atención integral de este grupo de personas.

En Colombia, el Ministerio de Salud (s.f.) propone que los centros de promoción y protección social para adultos mayores, son los que se encargan de brindar un cuidado integral, ofreciendo espacios para la recreación, socialización, capacitación y el desarrollo personal, en diferentes modalidades (Centros Residenciales, Centros Día, Atención Domiciliaria y Tele-asistencia). Los hogares residenciales, son aquellos donde se les proporciona una vivienda permanente o temporal a los adultos mayores, además se les ofrece alimentación, actividades productivas, protección y cuidado, estos sitios también pueden presentar servicios desde las otras modalidades. Cuando se habla de un centro día es porque los adultos mayores asisten a este solo de 6 de la mañana a 6 de la tarde, también suelen ser llamados centros vida.

Por otro lado en la ley 1251 de 2008 (art.20), del Congreso de la República de Colombia, se ordenan como requisitos para el desempeño de instituciones que presten

servicios de atención al adulto mayor: tener un reglamento interno, garantizar un adecuado nivel nutricional, una infraestructura que se adapte a las necesidades y particularidades de movilidad de los adultos mayores, un equipo de talento humano en el área de la salud, un plan de atención para emergencias médicas, tener estrategias para el trabajo desde el área ocupacional de los adultos mayores y la prestación de servicios en el área de salud mental. Es así como en Colombia, se establecen unas pautas mínimas para la atención integral de los adultos mayores desde las instituciones prestadoras de estos servicios.

Sin embargo, debido al aumento en la esperanza de vida, la población de adultos mayores está en constante crecimiento, por lo cual varias instituciones que están a su favor no logran tener los recursos suficientes para brindar atención integral a más personas. Es por esto que según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) el 20 % de los adultos mayores de Colombia, se encuentran en condición de auto-sostenimiento sin recibir ningún tipo de ayuda externa y con dificultades para desenvolverse en su entorno por la falta de recursos (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia, 2019).

Aun así, según varios estudios los adultos mayores que se encuentran en centros geriátricos, también presentan problemáticas, cómo, por ejemplo, la disminución en su autonomía y autoeficacia. Para este grupo poblacional el poder tener la capacidad funcional para el autocuidado es sinónimo de autonomía y al estar institucionalizados, comienza a aumentar su dependencia, respecto a recibir ayuda del personal de la institución y los parámetros (horarios, alimentación) establecidos por las misma. (Campo, Laguado, Martín, Camargo, 2018). Así mismo, lo anterior conlleva a la pérdida de la capacidad para la toma de decisiones.

Otra dificultad que suelen presentar los adultos mayores institucionalizados es la disminución en el apoyo social percibido por parte de sus familiares (Barra y Vivaldi, 2012). Puesto que muchos son dejados por sus familiares en los centros geriátricos y pierden comunicación o son visitados muy pocas veces, sintiendo una falta de interés en ellos por parte de su familia, lo cual puede favorecer la presencia de un estado de ánimo depresivo. Teniendo en cuenta que las relaciones con otros, hacen parte de una dimensión del

bienestar psicológico, situaciones como la planteada anteriormente, podrían estar afectando de manera significativa la percepción de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

Operacionalización de variables

Para operacionalizar la variable de esta investigación, se hará uso de la siguiente escala de bienestar psicológico propuesta por Carol Ryff, la cual mide: la autoaceptación, propósito en la vida, autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas y crecimiento personal.

Método

Tipo de investigación

La presente investigación es de corte transversal descriptivo. Por lo tanto, se inclina por la recolección de información en un momento específico en el tiempo, para describir el fenómeno (en este caso el bienestar psicológico) que se analiza en la población seleccionada (los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados).

Diseño

Se realiza una investigación con un diseño cuantitativo no experimental, el cual según lo referido por Hernández, Fernández y Baptista (2010), alude a aquellos estudios realizados sin ningún tipo de manipulación deliberada de variables, en donde solo se lleva a cabo una observación de los fenómenos en su ambiente natural para luego proceder a un análisis minucioso (p. 149).

Sujetos

Los participantes seleccionados para conformar este estudio son personas de la tercera edad, que se encuentran al cuidado por una parte en convivencia con sus familiares o seres queridos (no institucionalizados) y, por otro lado, en hogares, fundaciones o centros geriátricos (institucionalizados).

Para llevar a cabo dicha selección, con respecto a la proporción de participantes, se estima una población que oscila en torno a 50 individuos, debido a la emergencia sanitaria que se presenta es difícil acceder a la población escogida porque se hallan como grupo

vulnerable, teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, se subdivide en 25 personas cada uno, en donde se hace la diferenciación concerniente a los estados de no institucionalización y a los que pertenecen a alguna institución especializada en los cuidados y protección necesaria para esta población.

Por lo tanto, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión respectivamente:

Criterios de inclusión

Los participantes deben estar en un rango de edad entre los 60 a 94 años.

Los participantes deben vivir en la ciudad de Bucaramanga o encontrarse institucionalizados en un hogar geriátrico de la misma ciudad.

Criterios de exclusión

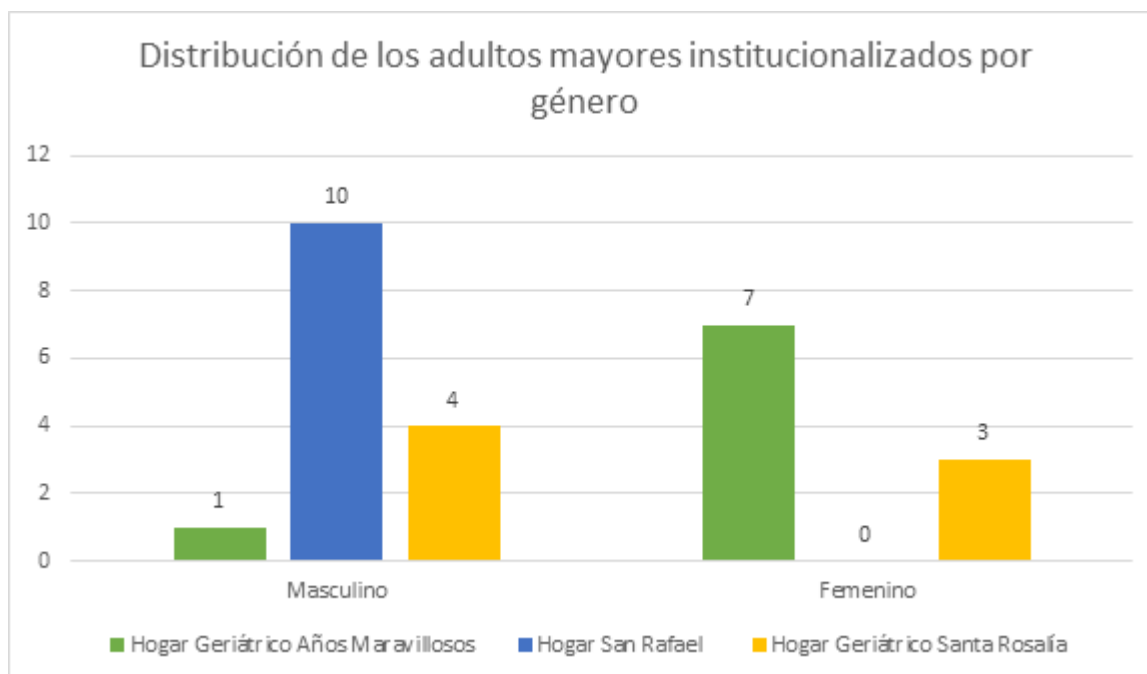
No se podrá participar en la investigación si se presenta alguna enfermedad cognitiva como: demencia senil, Alzheimer, esquizofrenia u otras.

No se podrá participar en la investigación si se presenta un deterioro físico alto que impida por completo el desplazamiento de la persona y lo mantenga en cama.

Para este trabajo de investigación, se tuvo en cuenta una muestra de 50 participantes adultos mayores, distribuidos de la siguiente manera; en primer lugar, 25 de ellos se encuentran categorizados en adultos mayores institucionalizados pertenecientes a los sitios expuestos a continuación: Hogar Geriátrico Años Maravillosos, se seleccionaron 8 personas de las cuales 7 fueron mujeres y 1 hombre; del Hogar San Rafael se contó con un total de 10 adultos de la tercera edad, en donde se evidencian en su totalidad hombres, por último, se encuentra el Hogar Geriátrico Santa Rosalía con un total de 7 personas, de las cuales 4 son hombres y 3 mujeres, a continuación, se presentan las gráficas que ilustran lo mencionado anteriormente.

Figura 1.

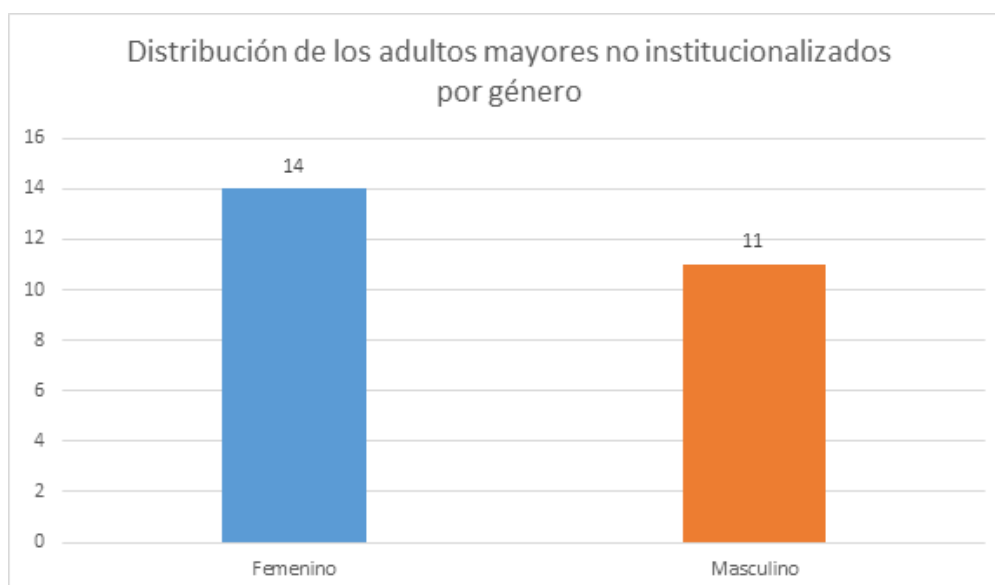
Distribución por género de los adultos mayores institucionalizados



Por otra parte, en la posterior gráfica se puede apreciar que las 25 personas restantes se encuentran clasificadas en adultos mayores no institucionalizados, de las cuales 14 son mujeres y 11 son hombres.

Figura 2.

Distribución por género de los adultos mayores no institucionalizados



Instrumento

Los instrumentos utilizados en esta investigación son: la Encuesta Sociodemográfica del Adulto Mayor Institucionalizado y No Institucionalizado, con el fin de recolectar

información acerca de las condiciones actuales en las que se encuentra cada uno de los sujetos que participarán del estudio, otro de los instrumentos empleados fue la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, en la que se evalúan seis dimensiones (Ver Tabla 1) las cuales son: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del ambiente o del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida.

Tabla 1.

Operacionalización del constructo de bienestar psicológico según el modelo de Ryff.

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida	Valores
Bienestar psicológico	El bienestar psicológico define el desarrollo de la verdadera capacidad de sí mismo, y el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial; medido a través de un test que abarca seis dimensiones.	Auto aceptación	Actitud positiva hacia uno mismo. Aceptación de aspectos positivos y negativos. Valoración positiva del pasado.	Puntaje del test	Nivel Alto: 32 puntos en adelante Nivel Medio: entre 20 y 31 puntos Nivel Bajo: 19 puntos o menos
		Relaciones positivas	Relaciones estrechas y cálidas con los demás. Preocupación por el bienestar de otros. Fuerte empatía.	Puntaje del test	Nivel Alto: 34 puntos en adelante Nivel Medio: entre 24 y 33 puntos Nivel Bajo: 23 puntos o menos
		Autonomía	Capacidad de resistir presiones sociales. Regulación interna de la conducta. Independencia y determinación.	Puntaje del test	Nivel Alto: 40 puntos en adelante Nivel Medio: entre 29 y 39 puntos Nivel Bajo: 28 puntos o menos

Dominio del entorno	Sensación de control y competencia. Capacidad de crear o elegir contextos determinados. Locus de control interno.	de y del test	Puntaje del test	Nivel Alto: 30 puntos en adelante Nivel Medio: entre 23 y 29 puntos Nivel Bajo: 22 puntos o menos
Crecimiento personal	Sensación de mejora personal y desarrollo continuo. Apertura a nuevas experiencias.	de y del test	Puntaje del test	Nivel Alto: 38 puntos en adelante Nivel Medio: entre 29 y 37 puntos Nivel Bajo: 28 puntos o menos
Propósito en la vida	Sensación de llevar un rumbo en la vida. Presencia de objetivos claros.	de y del test	Puntaje del test	Nivel Alto: 32 puntos en adelante Nivel Medio: entre 23 y 31 puntos Nivel Bajo: 22 puntos o menos

Nota. Tabla tomada de Rodríguez y Rocha (2018). *Bienestar psicológico en personas tóxico dependientes en condición de reclusión* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander, Colombia.

Así mismo, Díaz (2006) manifiesta que “el instrumento cuenta con un total de seis escalas y 39 ítems, el cual se responde utilizando un formato de respuestas tipo likert con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo)” (p. 574). Por otro lado, Páez (2008) sugiere que para la corrección del instrumento se deben invertir los ítems 2, 4, 5, 8, 9, 13, 15, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 34 y 36, siendo (1=6) y (6=1) y posterior a esto, se obtiene los puntajes de las dimensiones teniendo en cuenta que para autoaceptación se suman los ítems 1, 7, 13, 19, 31 y 25;

relaciones positivas los ítems, 2, 8, 14, 20, 26 y 32; autonomía los ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27 y 33; dominio del entorno los ítems 5, 11, 16, 22, 28 y 39; crecimiento personal los ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37 y 38; y por último, la dimensión de propósito en la vida los ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29. Por ende, al sumar los resultados de cada dimensión las puntuaciones totales superiores a 152 indican un bienestar psicológico alto y por debajo de 122 indican déficit en el bienestar psicológico.

Procedimiento

En primera instancia, se escogió el tema de investigación desarrollando una profundización teórica. Seguidamente, se estructuró el cuestionario sociodemográfico, el consentimiento informado y se seleccionó el instrumento a aplicar, acorde los criterios de validación y confiabilidad, además del planteamiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Luego, se estableció contacto con adultos mayores no institucionalizados, y los diferentes centros geriátricos en los cuales se encontraba la población institucionalizada correspondiente a las personas de la tercera edad, con la finalidad de explicarles el propósito de dicho proyecto de investigación, soportado por la implementación de un póster (Ver Apéndice 1), al mismo tiempo se les pidió su permiso, el cual consistía en diligenciar y firmar el consentimiento informado para realizar las aplicaciones del cuestionario y el test sobre bienestar psicológico de Carol Ryff.

Posterior a esto, los datos suministrados por estas personas fueron recogidos y organizados en una base de datos en Excel para su respectivo análisis; una vez terminado, se registraron los resultados y se procedió con la discusión de los mismos con base en la teoría anteriormente planteada.

Para finalizar, cuando el proyecto de grado se encuentre culminado se harán socializaciones las cuales estarán dirigidas a los adultos mayores no institucionalizados y a los centros geriátricos que colocaron a disposición su tiempo durante dicho proceso, el anterior procedimiento tendrá como propósito la respectiva retroalimentación de los resultados y conclusiones obtenidos en la investigación.

Resultados

El propósito de esta investigación se planteó con el fin de determinar el bienestar psicológico del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado a partir de la prueba de Carol Ryff, asimismo, se exponen las diferentes características sociodemográficas que se pudieron evidenciar al momento de seleccionar aleatoriamente la población, por esta razón, en las siguientes gráficas se logran apreciar los resultados obtenidos con una muestra total de 50 adultos mayores, en edades que fluctúan entre los 60 a 94 años de edad, tal como se representa en la figura siguiente:

Figura 3.

Número de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en relación a la edad

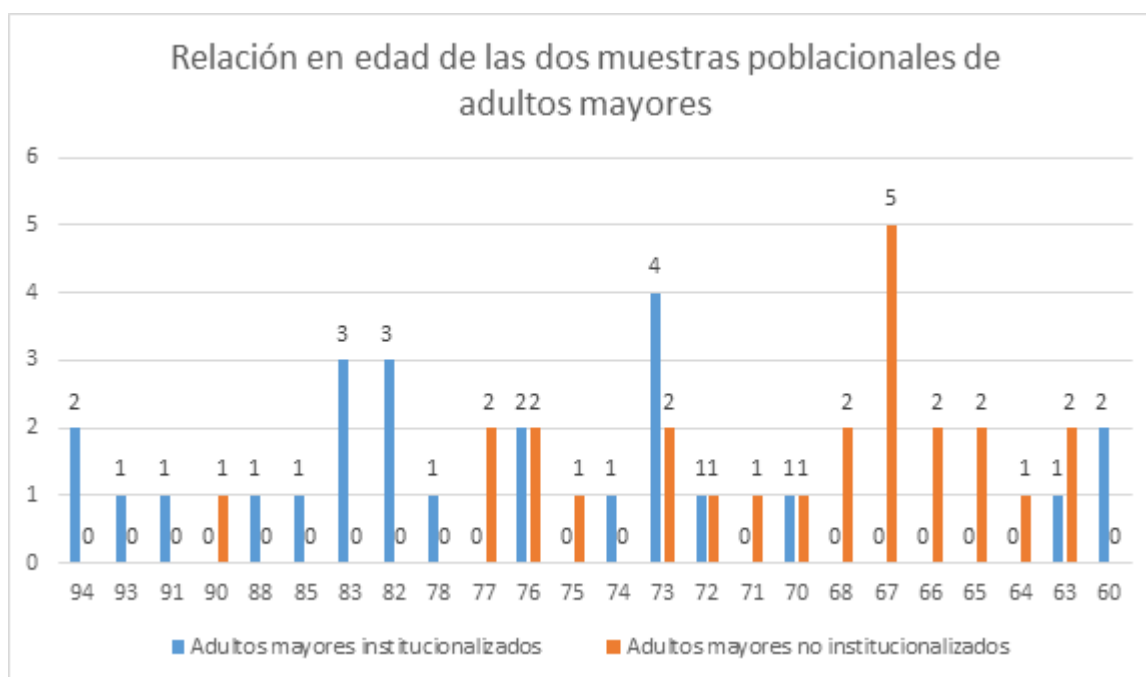
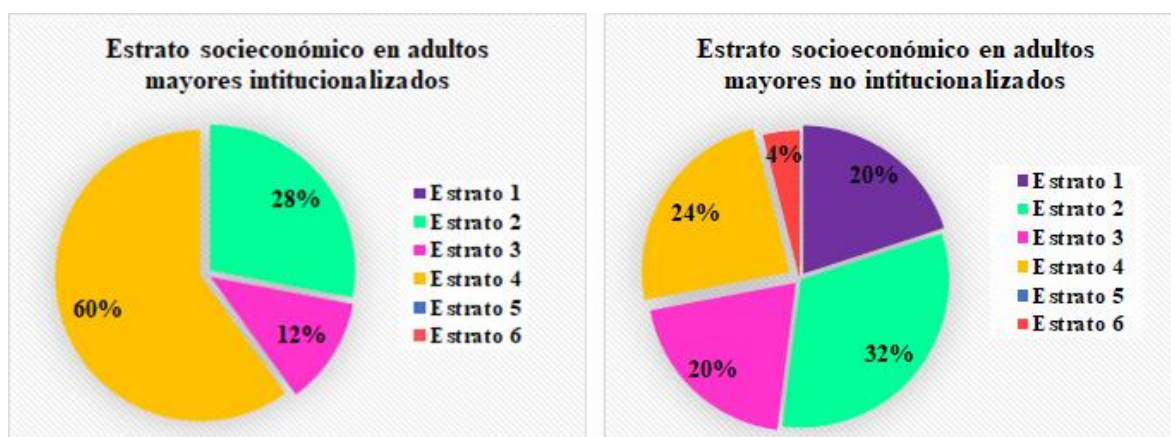


Figura 4 y 5.

Estrato socioeconómico en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



Según la información recopilada en el cuestionario sociodemográfico aplicado a los participantes, se observa que la mayoría de adultos institucionalizados son de estrato 4, con el 60% de esa muestra, mientras que el 28% y el 12% son adultos mayores de estrato 2 y 3. Por otro lado, en la muestra de adultos mayores no institucionalizados se destaca más variedad respecto al estrato socioeconómico de los mismos, correspondiendo así el 20%, 32%, 20%, 24% y 4% a estrato 1, 2, 3, 4 y 6 respectivamente.

Figura 6 y 7.

Estado civil en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

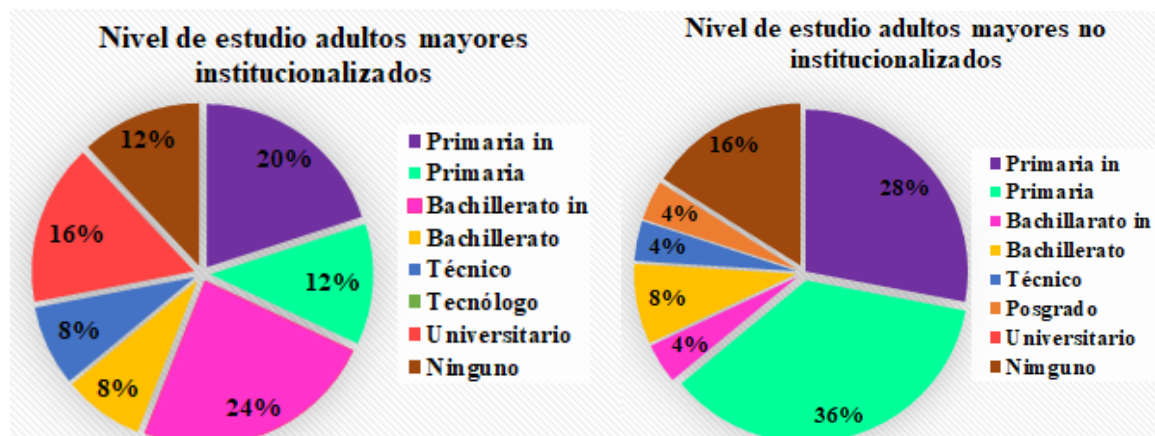


En el estado civil de los adultos mayores se identifican las siguientes caracterizaciones: personas casadas, solteras, viudas, separadas y divorciadas, siendo el 20%, 24%, 36%, 12%, 8% respectivamente en adultos mayores institucionalizados.

Mientras que en adultos mayores no institucionalizados se encontró un 36% casados, 28% solteros y viudos y 4% para los separados y divorciados.

Figura 8 y 9.

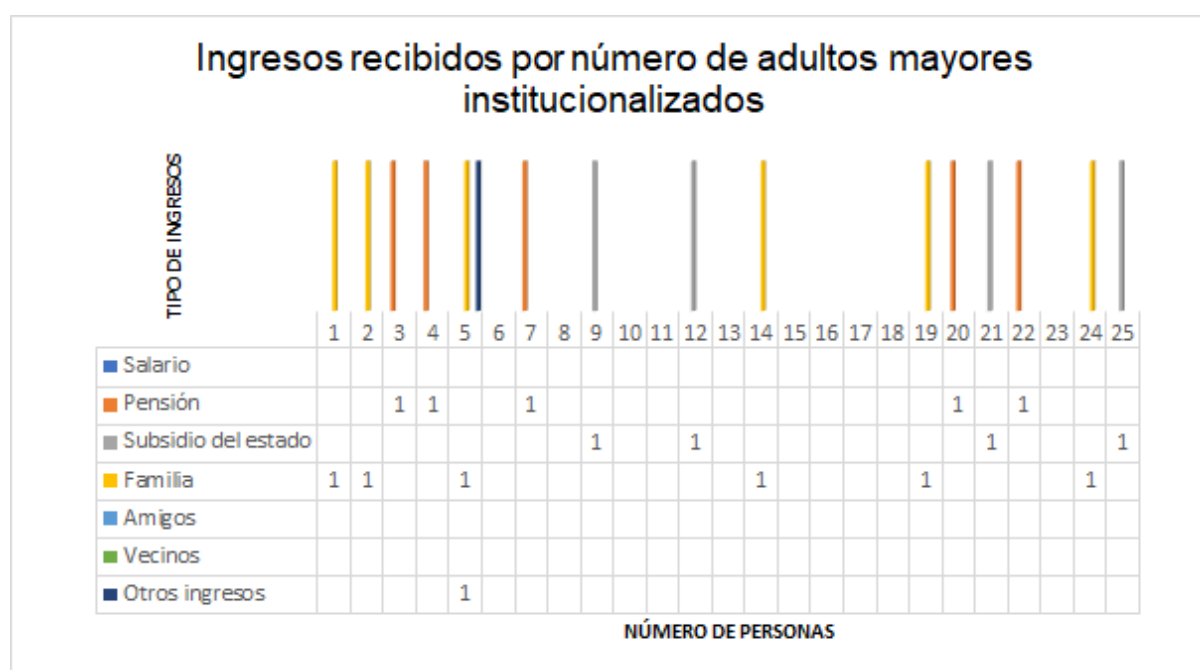
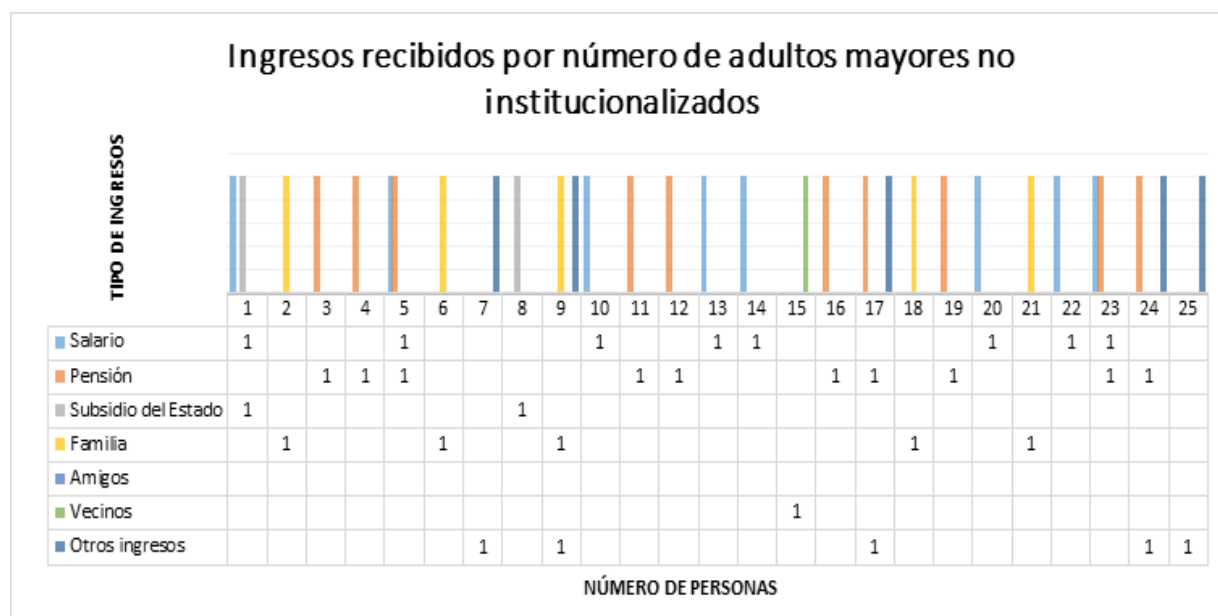
Nivel de estudio de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



En la gráfica de adultos mayores institucionalizados se puede observar una amplia variedad respecto al nivel de estudio, presentándose mayor porcentaje de adultos mayores con primaria incompleta (20%) y con bachillerato incompleto (24%). Por otro lado, en la muestra de adultos mayores no institucionalizados resalta que el 36% tiene primaria completa y el 28% primaria incompleta, el resto de porcentaje se encuentra distribuido en los demás niveles educativos, a excepción del grupo sin algún tipo de estudio, representado por un 16% y la muestra de institucionalizados que arroja un 12%.

Figura 10 y 11.

Tipo de ingresos recibidos en relación al número de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

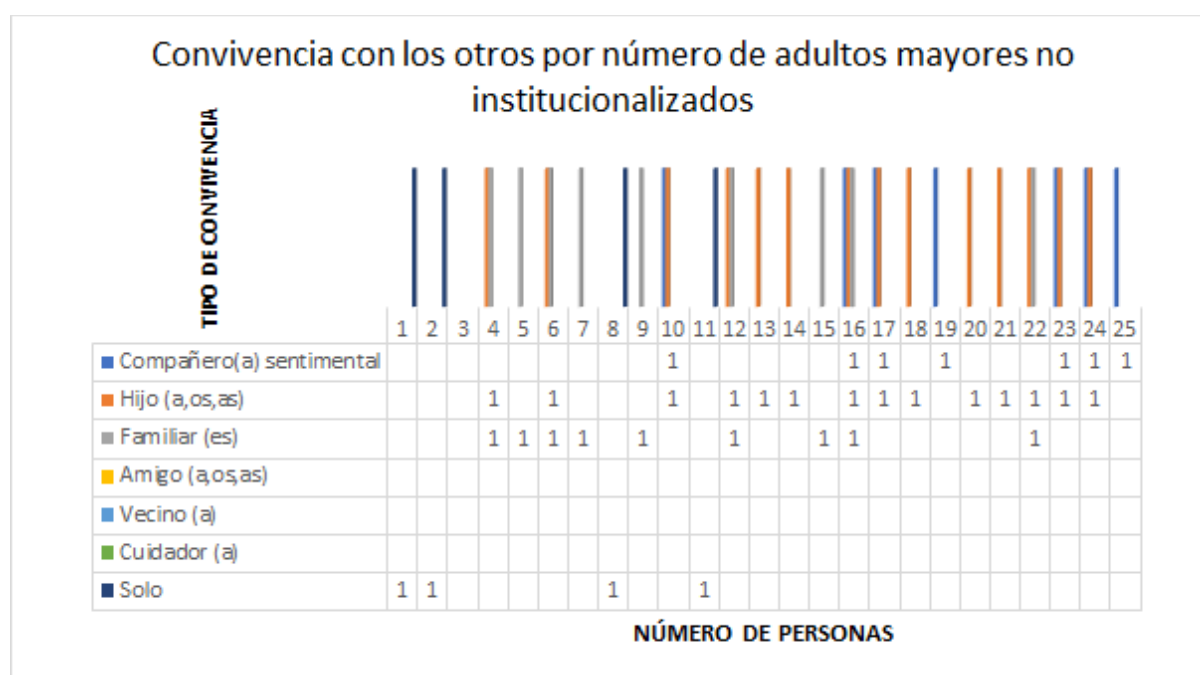
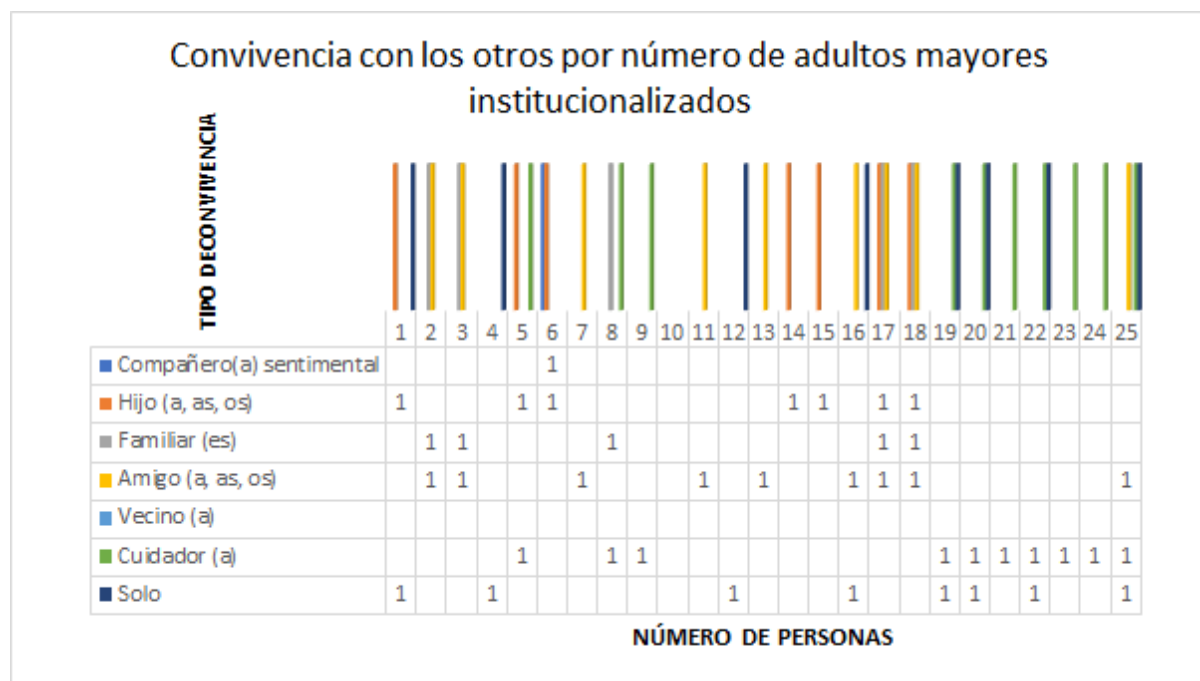


Según la información condensada en las gráficas anteriores, es de gran importancia aclarar que dichos aportes pueden corresponder a una opción o a diferentes fuentes, que permitan a estas personas la posibilidad de devengar beneficios económicos extras, por ende, los ingresos provienen en su gran mayoría por pensión, otorgada en el cumplimiento de la cotización de semanas laboradas o por ser beneficiarios de su cónyuge. También, cabe resaltar que, en el caso de los adultos mayores institucionalizados, uno de los ingresos más representativos se relaciona con apoyo familiar, ya sea por algún hijo(a) y/o hermano(a) de los mismos, y en el caso de los no institucionalizados, proceden de un

salario, debido a que muchos sujetos siguen laborando, ya sea de manera independiente o en alguna organización.

Figura 12 y 13.

Tipo de convivencia manifestado por el número de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

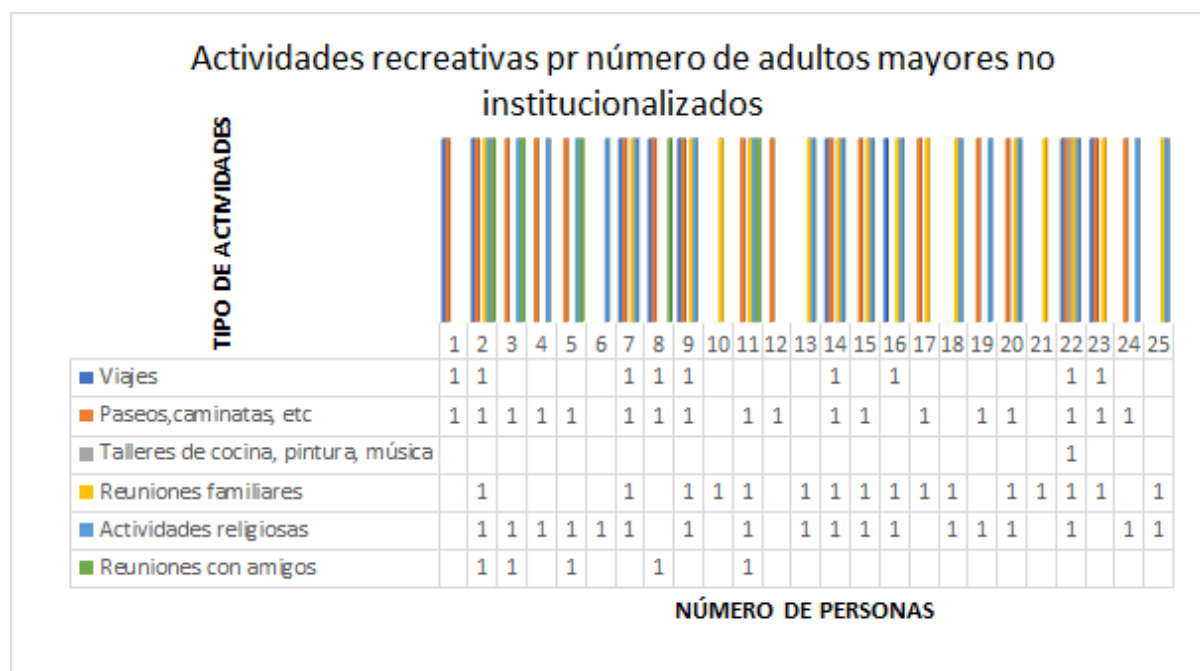


La convivencia mantenida actualmente, se enfoca en la relación vivenciada con las personas de su entorno. En la gráfica concerniente a los adultos mayores no

institucionalizados se puede apreciar que, gran parte de estas personas conviven con algún hijo(a) y/o con un familiar. Seguidamente, en el esquema de los institucionalizados, se puede observar que hay una puntuación más alta en la convivencia continua con el cuidador del centro y con los amigos/compañeros que se establece en dicho lugar. Cabe resaltar que 8 de los participantes manifestaron que se encontraban solos.

Figura 14.

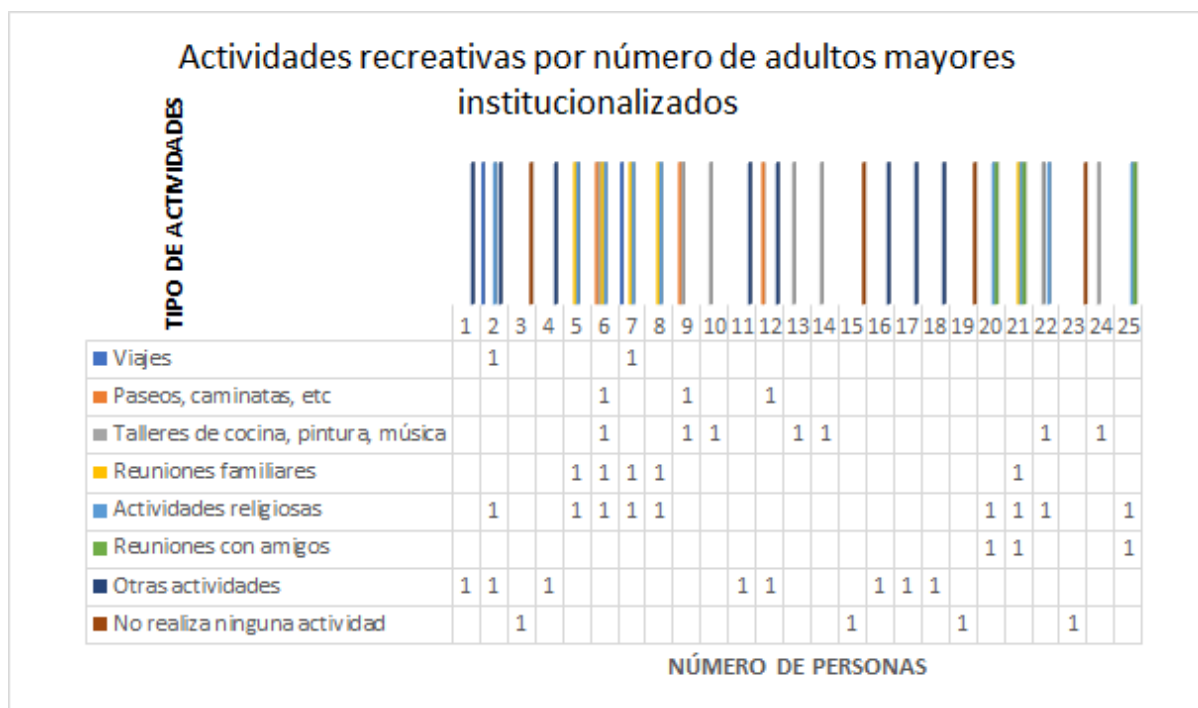
Actividades recreativas realizadas por los adultos mayores no institucionalizados



En la gráfica presentada, se puede observar la cantidad de adultos mayores no institucionalizados que participan en actividades recreativas, las cuales se presentan a continuación: viajes, paseos o caminatas, talleres (cocina, música, pintura, entre otros), reuniones familiares o con amigos y encuentros religiosos. Podemos observar que estos en su mayoría realizan actividades deportivas (18 personas) semejante a paseos, caminatas o trotar, también suelen tener reuniones con sus familiares (16 personas) y realizar actividades religiosas (18 personas). Mientras que las actividades que menos realizan son las reuniones con amigos y asistir a talleres.

Figura 15.

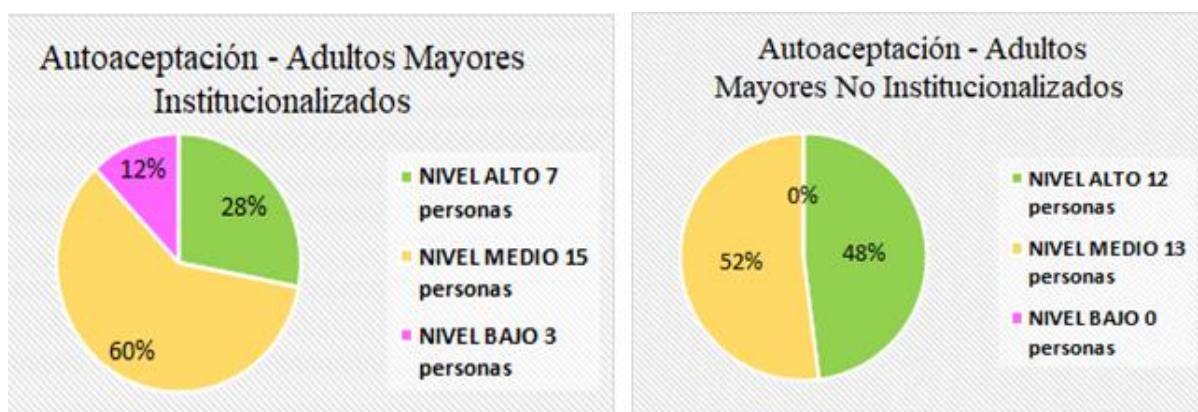
Actividades recreativas realizadas por los adultos mayores institucionalizados



En esta otra gráfica también se puede detallar la cantidad de adultos mayores institucionalizados que participan en actividades recreativas. A diferencia de la gráfica anterior se observa menos participación en las diferentes actividades, siendo así que asisten a talleres 8 personas, realizan paseos o caminatas 3 personas, reuniones familiares 5 personas, otras actividades como leer, ayudar en las tareas del hogar o jugar juegos de mesa son realizadas por 8 personas y actividades religiosas por 9 personas.

Figura 16 y 17.

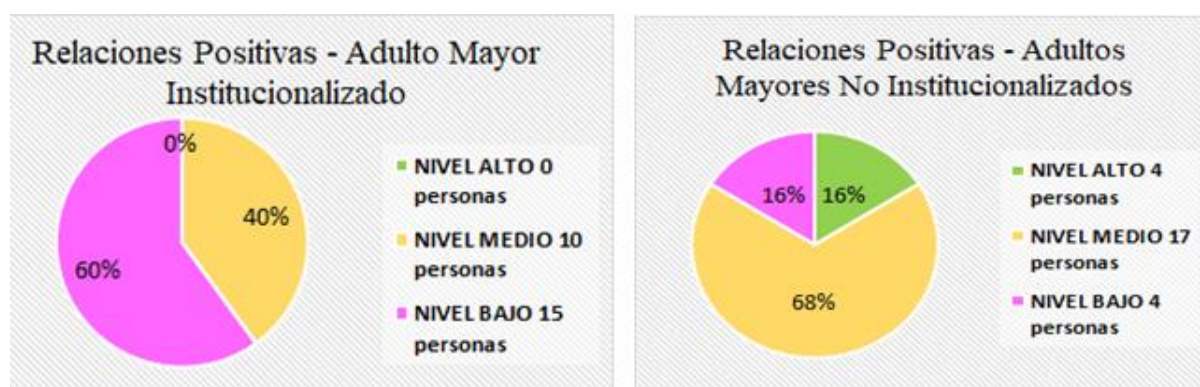
Dimensión autoaceptación adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



En la dimensión autoaceptación, se destaca para el caso de los adultos mayores institucionalizados que el 28% corresponde a un nivel alto y el 48% a los adultos mayores no institucionalizados, por otra parte, el 60% y el 52% de estos adultos se hallan en un nivel medio, mientras que en el caso de los institucionalizados se presenta un 12% asociado a un nivel bajo, concerniente a la insatisfacción presente en cada una de las situaciones y vivencias experimentadas a lo largo de su vida.

Figura 18 y 19.

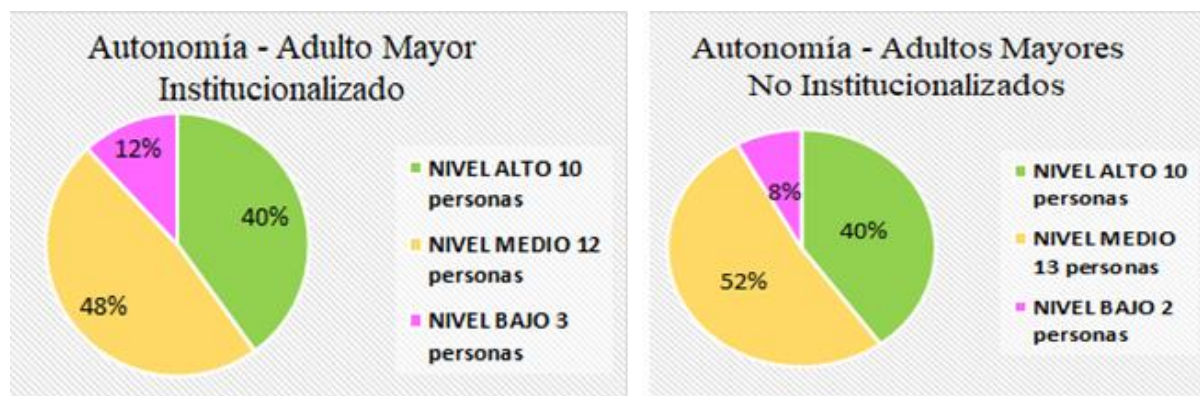
Dimensión relaciones positivas adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



Desde la dimensión de relaciones positivas, se pudo observar que en la muestra de adultos mayores institucionalizados no se obtuvo un nivel alto, el 40% se encuentra en un nivel medio y el 60% presenta un nivel bajo, donde es evidente la dificultad que existe para establecer vínculos con otros. Por aparte, en la muestra de adultos mayores no institucionalizados, se contempla que el porcentaje más elevado es de 68%, refiriéndose a un nivel medio, también se aprecia que en un nivel alto y un nivel bajo hay la misma cantidad de personas, correspondiente a un 16% en esta población.

Figura 20 y 21.

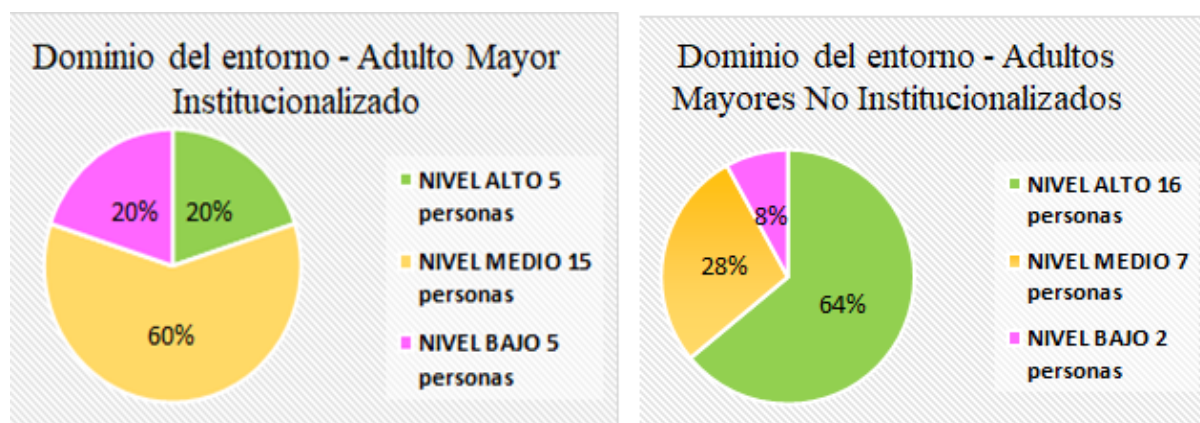
Dimensión autonomía adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



En la dimensión de autonomía, el análisis de la gráfica de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados arrojó un 40%; así pues, desde un nivel medio se logra apreciar que no existe una diferencia significativa en cuanto a los dos resultados, ya que dicha disparidad la constituye sólo una persona, evidenciando en la primera gráfica un 48% y en la segunda un 52%, de igual manera ocurre en el nivel bajo, representado por un 12% en una y en la otra un 8%.

Figura 22 y 23.

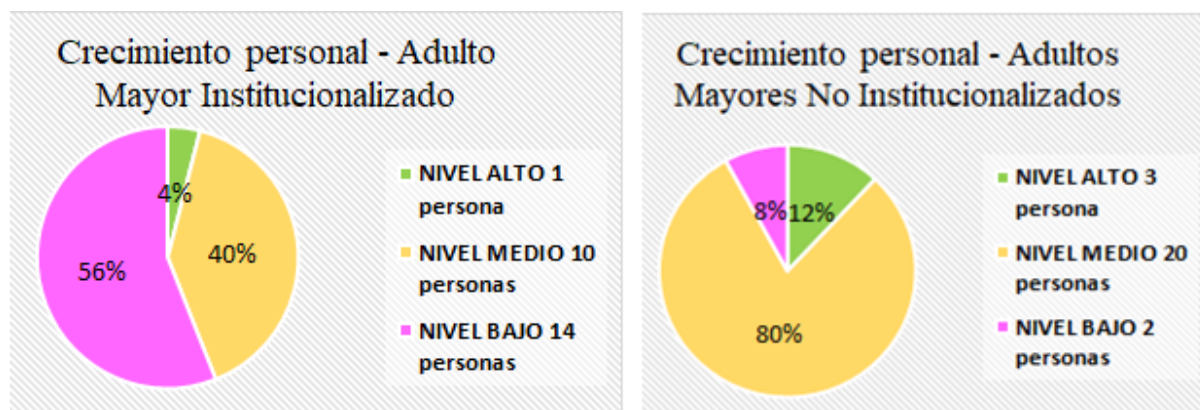
Dimensión dominio del entorno adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



En la dimensión dominio del entorno se contempla que en la población de adultos mayores institucionalizados se registró un 60% en el nivel medio, mientras que en el nivel alto y bajo hay un 20% respectivamente. Por otra parte, en la muestra de institucionalizados se presentó un 64% en nivel alto, un 28% y 8% en los niveles medio y bajo sucesivamente.

Figura 24 y 25.

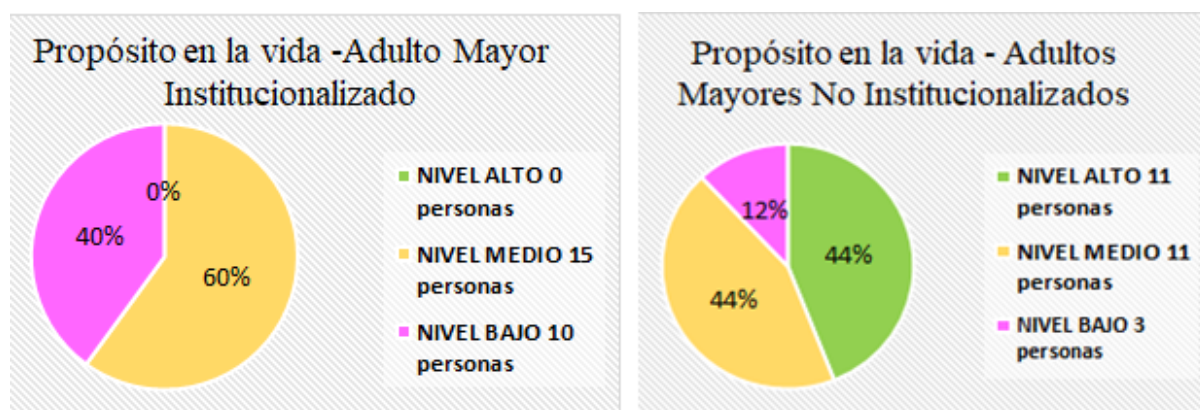
Dimensión crecimiento personal adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



En cuanto al crecimiento personal, se logra apreciar en la primera gráfica que la muestra poblacional asociada a los adultos mayores institucionalizados en el nivel alto, arroja una valoración del 4%, en el nivel medio un 40% y un 56% en el bajo; en el caso de los adultos mayores no institucionalizados en un nivel alto se observa un 12%, en el nivel medio 80% y el bajo, corresponde a un 8%.

Figuras 26 y 27.

Dimensión propósito en la vida adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



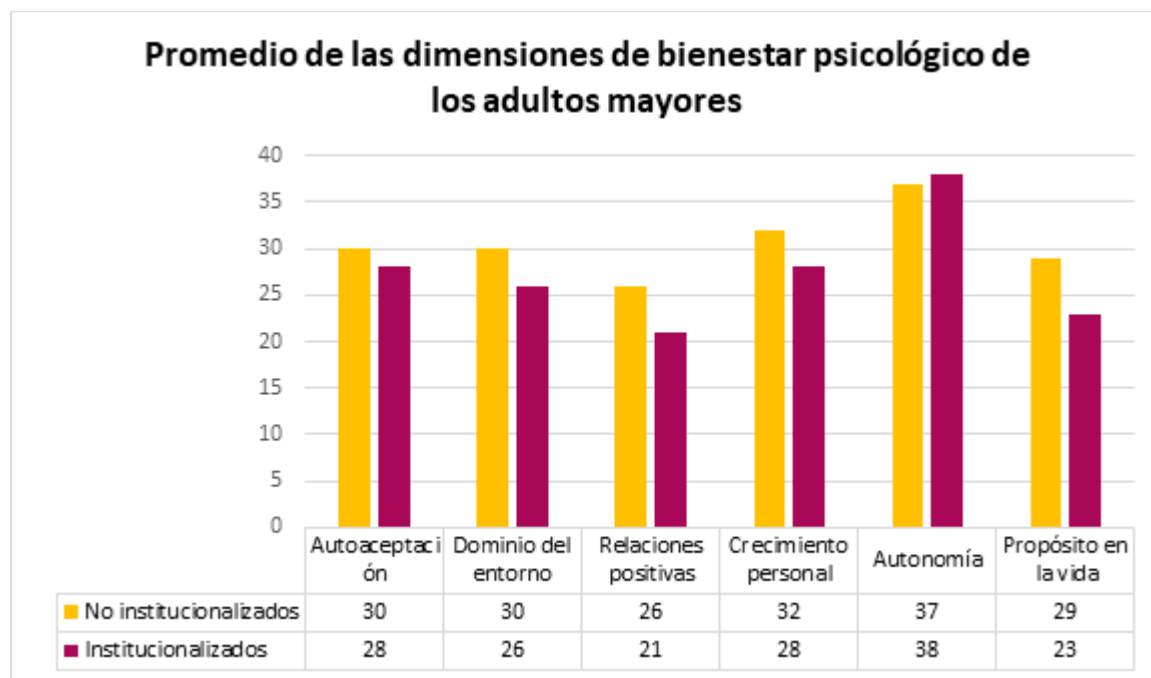
En la dimensión propósito en la vida, se puede observar que la muestra de adultos mayores institucionalizados arroja 60% en el nivel medio y un 40% de nivel bajo. Asimismo, en la otra figura de los sujetos no institucionalizados, se presenta el 44% para el nivel alto y medio y el 12% un nivel bajo.

Finalmente, en resultado a todas las dimensiones que conforman el bienestar psicológico, se presenta una gráfica que describe a detalle, cada uno de los valores calculados según el nivel, ya sea bajo, medio o alto, de igual forma, en concordancia a la

muestra poblacional total, conformada por 50 adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados pertenecientes a la ciudad de Bucaramanga.

Figura 28.

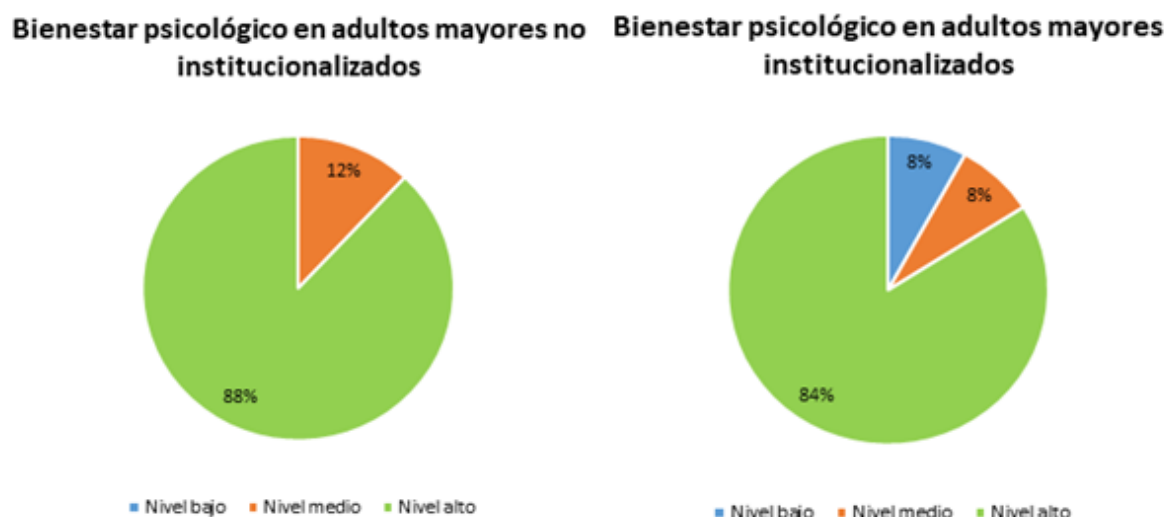
Promedio de las dimensiones del bienestar psicológico en los adultos mayores



Esta gráfica refleja la calificación promedio, obtenida en cada una de las dimensiones del bienestar psicológico según la muestra de adultos mayores. En la autoaceptación, dominio del entorno, relaciones positivas, crecimiento personal, autonomía y propósito de vida, el grupo de no institucionalizados obtuvo una puntuación promedio de 30, 30, 26, 32, 37 y 29, mientras que el grupo de institucionalizados arrojó resultados de 28, 26, 21, 28, 38 y 23 respectivamente.

Figura 29 y 30.

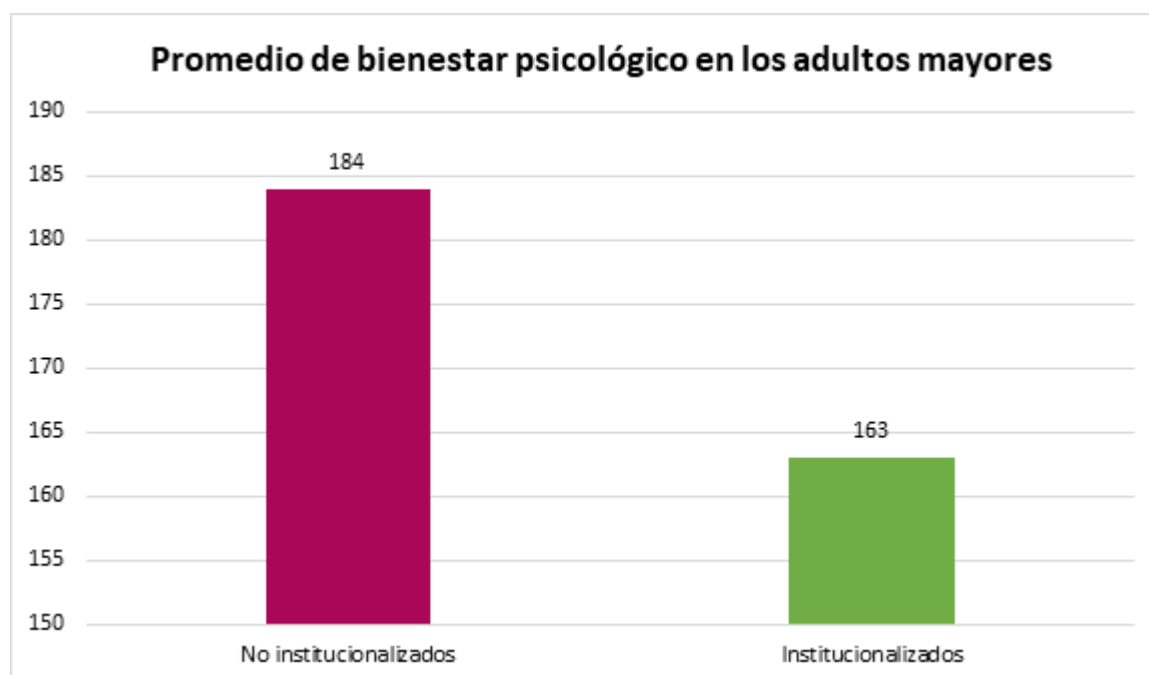
Bienestar psicológico en relación al nivel y al promedio en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados



En las gráficas anteriores se puede apreciar el bienestar psicológico según el nivel y el promedio de la población de adultos mayores partícipes de esta investigación. En primer lugar, se encuentran los no institucionalizados con un 88% relacionado a un nivel alto y el 12% restante en un nivel medio. Seguidamente, en la muestra de institucionalizados el 84% de las personas obtuvo un nivel alto, el 8% un nivel medio y otro 8% un nivel bajo.

Figura 31.

Promedio de puntuaciones obtenidas en bienestar psicológico por ambas muestras



Según el promedio de bienestar psicológico, la puntuación más alta se encuentra entre los adultos mayores no institucionalizados, siendo esta de 184, mientras que en los

institucionalizados es de 163, sin embargo, ambas puntuaciones se encuentran sobre 152 lo que hace referencia a un alto nivel de bienestar psicológico.

Discusión

Como es mencionado en un principio y con base en los objetivos planteados, esta investigación se propuso indagar mediante la aplicación de un estudio sociodemográfico las características o condiciones socioeconómicas en las que se encuentran los participantes del estudio, también, se hizo uso de la escala propuesta por Carol Ryff, para establecer el nivel de bienestar psicológico de la muestra y analizar las dimensiones de: autonomía, relaciones positivas, autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal y propósitos en la vida, las cuales conforman el bienestar psicológico.

Dicha muestra se seleccionó según los criterios de inclusión y exclusión expuestos con anterioridad y estuvo compuesta por 50 adultos mayores, dividida en dos grupos de 25 personas cada uno en condición de institucionalización y no institucionalización, para uno de estos grupos se contó con la participación de los siguientes centros: el Hogar San Rafael, el Hogar Geriátrico Años Maravillosos y el Hogar Geriátrico Santa Rosalía, ubicados en la ciudad de Bucaramanga.

Seguidamente, desde el análisis estadístico se determinó, que la población partícipe tiene en promedio un nivel alto de bienestar psicológico, superior a una puntuación de 152 (ver figura 31) sin importar la variable de institucionalización, sin embargo, se estableció una diferencia siendo la puntuación promedio de los adultos mayores no institucionalizados superior en 21 puntos con los institucionalizados, de la misma manera, esta diferencia se encuentra presente en menor y mayor proporción en cada una de las dimensiones que conforman este constructo (ver figura 28).

Por esta razón, es imperativo puntualizar la definición propuesta por Sandoval et al (2017), sobre el bienestar psicológico, en el cual se considera la vivencia propia como un proceso que constituye cada una de las etapas del ciclo vital, sumado a las habilidades que se tienen para manejar de manera adaptativa, aquellos aspectos fundamentales implicados en las situaciones y relaciones experimentadas. Por lo tanto, a continuación se va a

describir a profundidad este constructo, analizando cada una de sus dimensiones según los datos encontrados durante la aplicación de los cuestionarios.

En relación a la dimensión de propósito de vida, ningún adulto mayor institucionalizado presentó un nivel alto (ver figura 26), en cambio para la muestra de adultos mayores no institucionalizados (ver figura 27) el 44% tuvo un nivel alto y el otro 44% un nivel medio, esta diferencia se puede asumir desde las circunstancias actuales en las que se encuentran algunos sujetos de la tercera edad, quienes siguen ejerciendo actividades laborales o del hogar, manteniéndose de esta manera, motivados y con objetivos diarios, mientras que en el caso de los adultos institucionalizados, su rutina se encuentra preestablecida por parte del personal encargado de su cuidado en los centros geriátricos.

Debido a los resultados, hay que tener en cuenta que los distintos espacios, en los que conviven las personas influyen de manera directa en la percepción de satisfacción con el propósito de vida. Por lo cual, desde una investigación realizada por Calcaterra (2015), en la ciudad de Buenos Aires, se concluye que para la población institucionalizada el nivel de satisfacción con los resultados obtenidos y metas culminadas a lo largo de la vida, es elevado, es decir, se resalta la importancia de la dimensión propósito de vida, como una fortaleza en el bienestar psicológico de su población de estudio, contrario al presente proyecto.

Por otro lado, en la dimensión de relaciones positivas se pudo apreciar que en la muestra de adultos mayores institucionalizados (ver figura 18), ninguna persona presenta un nivel alto, la mayoría, es decir, el 60% está dirigido a un nivel bajo y el 40% restante se halla en un nivel medio, lo que evidencia la dificultad latente para establecer o mantener vínculos interpersonales entre los individuos que están ubicados en estos hogares geriátricos.

De igual manera, se experimentan escasos nexos de confianza entre los mismos, ya que manifiestan expresiones tales como: "los amigos no existen", "no tengo a nadie, porque si lo tuviera, no estaría aquí" y "para qué amigos, si conmigo me siento bien", estas

respuestas, permitieron establecer los inconvenientes presentes en las personas de edad avanzada de incorporar nuevos vínculos o iniciar actividades, que permitan emerger este relacionamiento, ya que sienten un abandono por parte de sus familiares. En comparación a la muestra de adultos mayores no institucionalizados (ver figura 19) el 68%, se alude a un nivel medio y el 16% corresponde por igual a un nivel alto y bajo, lo cual, no supone un resultado tan significativo a pesar de que las condiciones vivenciadas son diferentes.

En contraste con la investigación realizada por Molina, Meléndez y Navarro (2008) en Valencia (España), se hallaron ciertas disparidades en los individuos institucionalizados como consecuencia de la reclusión en los diversos centros del adulto mayor, siendo allí, donde se percibe el desinterés por parte de los familiares y personas cercanas, limitándose a cumplir las obligaciones y actividades asignadas por la institución. Adicional a lo mencionado, los autores, Barros y Muñoz (2001), permiten afirmar la importancia de las relaciones parentales compartidas entre las personas de la tercera edad con sus seres queridos más cercanos, puesto que constituyen una gran fortaleza para contrarrestar de forma adecuada, las discriminaciones y estereotipos sociales que experimentan en el entorno social.

Seguidamente en la dimensión dominio del entorno, se encontró en el caso de la población institucionalizada (ver figura 22), un porcentaje considerable relacionado al 60% en el nivel medio, lo cual supone una dificultad para sentirse capaz de influir en el ambiente y hacerle frente a las situaciones complicadas, haciendo referencia a un bajo locus de control. A diferencia de lo mencionado previamente, los adultos mayores no institucionalizados, tuvieron el valor más relevante del 64%, correspondiente a un nivel alto (ver figura 23), indicando la habilidad propia del sujeto para hacer uso adecuado de aquellas oportunidades que lo rodean y crear contextos que se adecuen a sus necesidades.

Esto experimentado desde las condiciones vivenciadas en el ambiente de institucionalización, ya que esta población, se encuentra inhibida para llevar a cabo actividades que enriquezcan su creatividad y desenvolvimiento, al momento de establecer o controlar su propia rutina. Según Ryff y Singer, (2008) la capacidad de sentir una

participación activa en las diversas situaciones, favorece el aumento o fortalecimiento del bienestar psicológico. Del mismo modo, Daza y Quintero (2018), en su investigación sobre el “Bienestar psicológico del Adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca”, revelan la escasa puntuación en el dominio del entorno, evidenciado en las inseguridades de esta población, con respecto a sus aptitudes en el afianzamiento y transformación del medio en el que se desenvuelven.

Con respecto a la dimensión autoaceptación, las personas no institucionalizadas reportaron un porcentaje de 48% en cuanto al nivel alto, mientras que los adultos mayores institucionalizados el mayor porcentaje se obtuvo en el nivel medio representado por un 60%, en cambio el nivel alto alcanzó un 28%. De esta manera, en los resultados encontrados se perciben diferencias entre los dos grupos poblacionales, en cuanto a los niveles alto y bajo, esto se puede explicar de acuerdo a los diferentes entornos y contextos en los que se hallaban cada una de estas personas a lo largo de su vida, relacionado con la evaluación subjetiva acerca de los logros y metas, específicamente la sensación de satisfacción alcanzada luego de obtener los resultados esperados en los planes establecidos para cada una de las etapas de desarrollo del ciclo vital.

De la misma manera, los adultos mayores de este estudio pueden estar propensos a presentar una posible dificultad en su independencia al momento de tomar sus propias decisiones y seguir firmemente en sus convicciones, al mismo tiempo se ven influenciados por ciertas características sociodemográficas como los ingresos, el estado civil y actividades de esparcimiento, por ende, puede llegar a inducir un impedimento para adaptarse de manera eficiente en el medio, lo cual conlleva a una elevada preocupación en el cumplimiento de las expectativas impuestas por la sociedad.

En cuanto a la dimensión autonomía, se encuentra para ambas poblaciones un 40% en el nivel alto, mostrando así, cierta capacidad de resiliencia para soportar las presiones sociales a las cuales se ven expuestos por encontrarse en la etapa de vejez, puesto que influyen en la proyección del autoconcepto, reflejado en los entornos que se desenvuelven. Por otra parte, en cuanto a las personas que se encuentran en el nivel medio presentan un

porcentaje del 48% y 52%, lo que demuestra una marcada fragilidad, la cual puede estar relacionada con la actitud asumida en las vivencias diarias del ámbito social, el sentimiento de pérdida de la individualidad y la autodeterminación.

Desde la percepción de los autores Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) (citado por Santaella y Fuentes, 2017), se afirma la importancia de los constructos de autoestima y autonomía; estos constituyen una pieza fundamental, siendo significativos en la percepción de salud y bienestar que los seres humanos expresan al encontrarse en contextos de institucionalización o, por el contrario, acompañados de sus familiares y demás allegados, en el proceso de adultez mayor.

Finalmente según la dimensión de crecimiento personal, se encontró que el 80% de los adultos no institucionalizados tienen un nivel medio, mientras que el 56 % de los institucionalizados un nivel bajo, en ambas poblaciones se destaca un déficit respecto a la percepción de autorrealización, aunque está presente mayormente en la muestra institucionalizada, contrastada con los datos sociodemográficos en cuanto al nivel de educación, lo cual se corrobora con ciertas expresiones tales como: “le di más importancia a otras cosas que a mí mismo”, “se hizo hasta donde se pudo, ya para qué más” y “si hubiera tenido los recursos, todo sería distinto”, igualmente, surgió cierta tristeza y desilusión en muchos de los participantes, demostrando así, una pérdida de interés por la vida y la carencia de deseo por seguir formándose a nivel personal y profesional.

Cabe resaltar que para Ryff y Singer (2008), el crecimiento personal es un proceso continuo que nos acompaña permanentemente, el cual va de la mano con la autorrealización, siendo así que algunos entornos pueden favorecer el aprendizaje constante, además del sentido de realización propia. En relación a esta dimensión, los autores Satolli (2006) y Salanova et al (2005) (citados por Santorres, 2013), destacan en el concepto de bienestar, la percepción de los resultados esperados y los logros obtenidos durante la vida, representados en la apreciación subjetiva de todos los aspectos transversales al desarrollo del ser humano, aún en esta etapa de la vida.

Además, de acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario sociodemográfico, se puede afirmar que las actividades recreativas son importantes en el desarrollo de esta última etapa del ciclo vital, cómo lo son: paseos y caminatas, reuniones familiares, viajes; contrastado con las diferentes teorías planteadas por autores como Fredrickson (1998, 2001, p.220) (citado por Aguilera, 2014), menciona que cada ser humano al llegar a este momento de la vida, hace especial énfasis en las emociones positivas, involucradas en las estrategias implementadas al momento de generar una mejor adecuación y adaptación a las circunstancias que se pueden llegar a presentar, de allí, el aporte en cuanto a las sensaciones y afectos positivos que propicia la participación activa de los adultos mayores en el rol social y familiar en los entornos en los que se encuentre.

Conclusiones y recomendaciones

Después de analizar y describir los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de la escala de Ryff, se puede concluir primeramente que los adultos mayores bajo la condición de institucionalización limitan su capacidad de toma decisiones, de igual manera, se encuentran en un rol pasivo frente al entorno, debido a que sienten o perciben una pérdida en la capacidad para replantearse nuevas metas y propósitos en su vida, por lo tanto dejan de asumir la responsabilidad frente a sus actos generando un locus de control externo. Lo anterior afecta directamente dimensiones cómo: dominio del entorno y propósito de vida, disminuyendo el nivel global de bienestar psicológico producto a la falta de empoderamiento.

Sumado a lo anterior, es propicio promover espacios de reflexión sobre las experiencias vivenciadas en el transcurso de su vida y los logros alcanzados, con el fin de favorecer una actitud proactiva, que les permita mediante sus aptitudes lograr proyectos que les satisfagan y enriquezcan su cotidianidad.

Seguidamente, se destaca que a pesar de que los adultos mayores no institucionalizados, obtuvieron niveles altos en varias dimensiones, se encuentra un nivel bajo en la dimensión de crecimiento personal, al igual que los adultos institucionalizados, esto demuestra una falta de sentimiento de autorrealización, debido a la no aceptación de sus

propios aspectos negativos, de su pasado y de la etapa de vida actual que atraviesan. Por tal motivo, los profesionales de la salud mental mediante su labor interdisciplinaria pueden favorecer la búsqueda de alternativas congruentes con las necesidades de esta población y facilitar así, su consolidación en la toma de decisiones para lograr el alcance de las metas establecidas, las cuales eran consideradas como inalcanzables.

Cabe resaltar que los adultos mayores institucionalizados arrojaron niveles por debajo de la media en la dimensión de relaciones positivas, evidenciando una falta de habilidades sociales y la incapacidad de crear vínculos sanos de amistad, familiares o de pareja, lo cual conlleva una red de apoyo escasa, además el aumento de la vulnerabilidad en problemas tales como: ansiedad, depresiones, baja autoestima, obsesiones.

Para esto, resulta necesario promover espacios de esparcimiento para el desarrollo de habilidades sociales y, en donde compartan momentos importantes con sus familiares, sus pares y amigos más cercanos, fortaleciendo así, vínculos más positivos y un mejor relacionamiento con los otros.

De este modo, es posible concluir que lo mencionado con antelación, afecta directamente el bienestar psicológico de estas personas y, por ende, su calidad de vida. Por ello, es fundamental examinar y proponer estrategias ante aquellas variables negativas, que pueden llegar a emerger en esta población, sin discriminar a los adultos que no están institucionalizados, a pesar de que no tienen la condición de estar confinados en un hogar geriátrico, también están predispuestos a efectos desfavorables. Se hace necesario aminorar aquellas situaciones mencionadas durante el proceso de investigación, implementando más actividades que enriquezcan esta etapa de vida, a nivel personal e intelectual, es decir, incentivar el desarrollo continuo con proyectos aplicables a las necesidades de cada sujeto, a pesar del tiempo transcurrido y las experiencias vividas por cada uno.

Cabe resaltar que, si no se tiene constancia, ni interés por intentar mejorar algunos aspectos en la vida diaria de estos adultos mayores, su bienestar psicológico puede

deteriorarse de una manera rápida y progresiva, afectando las condiciones de vida de los participantes.

Referencias

- Aguilera, D. (2014). *Emociones en la vejez: diferencias asociadas a la edad*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=43462>
- Alcalde, I., y Laspeñas, M. (2005). *Ocio en los mayores: calidad de vida*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1165462>
- Alpízar, I. (2011). Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales Universidad Nacional*. ABRA, 31(42), 15-26.
<https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/3987>
- Álvarez, A. (2011) *Bienestar subjetivo en adultos mayores que hacen parte del centro de bienestar del anciano de la ciudad de Bucaramanga*. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia. Recuperado de:
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/1624/digital_21660.pdf?sequence=1
- Álvarez, L., Ibarra, L., y García, E. (2011). Eficacia de un programa para la promoción del bienestar a partir de las dimensiones del esquema de sí mismo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga. *Redalyc*, 73-79.
<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224114007.pdf>
- Alves, R. (2013). *Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario*. Acta Académica.
<https://www.aacademica.org/000-054/544.pdf>
- Anaya, M., & Sepúlveda, M. (2012). *Deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos mayores reclusos en los establecimientos penitenciarios de Bucaramanga y Girón*. Repositorio Institucional UPB.
<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/2105>
- Aponte, V. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. Scielo.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003

- Arellano, M. (2011). *Percepciones negativas que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores*. (tesis de pregrado). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2451/TTRASO%20346.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asociación Nacional de Empresarios de Colombia. (2019, octubre). Situación del Adulto Mayor en Colombia será revisada en Foro de la Salud y 26° Foro Farmacéutico. ANDI. [http://www.andi.com.co/Home/Noticia/15547-situacion-del-adulto-mayor-en-colombia#:~:text=El%20envejecimiento%20poblacional%20en%20Colombia,de%2060%20a%C3%B1os%20\(2\)](http://www.andi.com.co/Home/Noticia/15547-situacion-del-adulto-mayor-en-colombia#:~:text=El%20envejecimiento%20poblacional%20en%20Colombia,de%2060%20a%C3%B1os%20(2))
- Baracaldo, H., Naranjo, A., & Medina, V. (2018). *Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia)*. SciELO. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400163
- Barra, E., & Vivaldi, F. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>
- Barros, C., y Muñoz, M. (2001). *Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor*. Colegio de Antropólogos de Chile. <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/71.pdf>
- Calcaterra, M.J. (2015). *Bienestar psicológico en la vejez: "Análisis y comparación entre personas de la tercera edad institucionalizadas y no institucionalizadas"*. (tesis de pregrado). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperada de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/fichas.php?idobjeto=466>

- Cancino, M., Felmer, L., & Ortiz, M. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Rev Med Chile*, 315-322.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n3/0034-9887-rmc-146-03-0315.pdf>
- Caqueo, A., y Urzúa, M. A. (2012). Calidad de vida una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61 -71. Recuperado de
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Carretero, I., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Pérez, R.G., & Velasco, C. (2017). Calidad de vida, bienestar psicológico y valores en personas mayores. *Revista clínica contemporánea*, 8, 1-13. Recuperado de
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a1.pdf>
- Castro, A. (2009). El bienestar psicológico cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 43-72. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf>
- Castro, J., Chaparro, R., & Pineda, C. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v16n1/v16n1a04.pdf>
- Cerquera, A., Meléndez, C., y Villabona, C. (2012). Identificación de los estereotipos sobre envejecimiento femenino, presentes en un grupo de mujeres jóvenes. *Pensamiento psicológico*, 10(1), 77-88.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000100006
- Congreso de la República de Colombia. (2008). Ley 1251 de 2008.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm#20
- Congreso de la República de Colombia. (2009). Ley 1276 de 2009. Secretaría General del Senado.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1276_2009.html#INICIO

Congreso de la República de Colombia. (2020, julio). *Ley 2040 de 2020 «Por medio de la cual se adoptan medidas para impulsar el trabajo para adultos mayores y se dictan otras disposiciones»*. Portafolio.

https://www.portafolio.co/uploads/files/2020/07/28/LEY%202040%20DEL%2027%20DE%20JULIO%20DE%202020_compressed.pdf

Corte Constitucional de Colombia. (2010). SENTENCIA T-138/10. Constitución Política.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-138-10.htm>

Daza, M., y Quintero, D. (2018). *Bienestar psicológico del Adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca*. Repositorio Unab.

https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/379/2018_Tesis_Maria_Fernanda-Daza_Quintero.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I y Valle, C. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, (3), 572 - 577. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>

Diener, E. y Larsen, R. (1991). "The experience of emotional well-being". En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions*. New York: Guilford. Recuperado de: <https://eddiener.com/articles/1350>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - ¿Cuántos somos?* DANE.

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018/cuantos-somos>

Dulcey, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista colombiana de psicología*, 19(2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v19n2/v19n2a05.pdf>

Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Chavarriaga, L., Ordóñez, J., & Osorio, J. (2008) Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín.

<https://www.redalyc.org/pdf/843/84322449004.pdf>

- Fernández, R. (2004, abril). *La psicología de la vejez*. Repositorio Institucional Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680041/EM_16_2.pdf?sequence=1
- García, C., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana medicina general integral*, 16(6), 586 - 592.
Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n6/mgi10600.pdf>
- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *EN-CLAVES del pensamiento*, 8(6), 13-29. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2014000200013
- García, M. (2017). *Las emociones y el bienestar en las personas mayores*. Repositori Universitat Jaume I.
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169492/TFG_2017_GarciaMartinezMiriam.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González, A., y Lima, L. (2017). Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: Diálogos en la sociedad del conocimiento*, 5(15). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457653227004>
- González, L., Fajardo, J., Fajardo, E., Freixas, C., y Alba M., (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Información Científica*, 76(4),. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5517/551757269023>
- Gutiérrez, A., Orozco, J., Rozo, W., y Martínez, Y. (2017) *Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá primer trimestre 2017*. (tesis de pregrado). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, Colombia.
Recuperado de :
<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/774/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>

- Hermida, P., Tartaglini, M., y Stefani, D. (2016). *Redes de apoyo social en la vejez y su relación con la actitud hacia la jubilación*. Revista Argentina de Clínica Psicológica.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/7878>
- Hernández, A y Hernández, L. (2016). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y significación vital en personas mayores* (tesis de pregrado). Universidad de la Laguna. España.
Recuperado de:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3811/Bienestar%20Subjetivo%2C%20Bienestar%20Psicologico%20Y%20Significacion%20Vital%20en%20Personas%20Mayores..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, V., Prada, R., Hernández, C. (2017) Bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia. *Diversitas - Perspectivas en psicología*, 14(1), 243-262. Recuperado de :
https://www.researchgate.net/publication/330610656_Bienestar_subjetivo_entre_adultos_mayores_institucionalizados_en_la_ciudad_de_Cucuta_Colombia
- Hernández, Z. (2004) La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2004, pp. 303-319. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29290207.pdf>
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., & Martín, M. (2017). *Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- Landriel, E. (2001). *Adultos mayores y familia: algunos aspectos de la intervención del trabajo social*. Universidad de Costa Rica.
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Scielo*, 14(2), 101-112.
<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a08.pdf>

- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., y Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe (Santiago)*, 13(1), 79-89. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000100007>
- Melguizo Herrera, E., Acosta López, A., y Castellano Pérez, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia) <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a08.pdf>
- Melguizo, E., Ayala, S., Grau, M., Merchán, A., Montes, T., Payares, C., y Reyes, T. *Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia)*. Aquichan. 2014;14(3): 537-548. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.8
- Menéndez, S., Mesa, M., Pérez, J., y Nunes, C. (2019) Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia y salud colectiva*, 24(1), 115 -124.
- Mendoza, V., Martínez, M., & Correa, E. (2009). Desarrollo del envejecimiento activo en México: La Experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Zaragoza. Congreso internacional del conocimiento. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000013.pdf>
- Merchán, E., y Cifuentes, R. (s. f.). *Tema 6. Teorías psicosociales del envejecimiento*. Cicerón Asociación. <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Miralles, I. (2010). Vejez productiva. El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *KAIROS. Revista de temas sociales.*, 14(26), 1-14. https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/01_vejezZproductiva.p
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Envejecimiento y Vejez*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx#:~:text=%E2%80%8BLas%20personas%20adultas%20mayores,y%20con%20las%20futuras%20generaciones.&text=Generalmente%2C%20una%20persona%20adulta%20mayor,a%C3%B1os%20o%20m%C3%A1s%20de%20edad>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). Páginas - Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores. MinSalud.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/vejez-calidad.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015, agosto). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. MinSalud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Molero, M., y Pérez, M., (2011). Salud y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados.

INFAD revista de psicología, 4(1), 249 - 258. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832331026>

Molina, C., Meléndez, J., & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 4(2), 312-319.

Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/40220057>

Mundaca, L., & Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(19), 123-130. Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_11.pdf

Ocampo, J., Valencia, A., & González, F. (2009). *Envejecimiento y familia*. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. [https://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_09/23-](https://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_09/23-2-articulo2.pdf)

[2-articulo2.pdf](https://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_09/23-2-articulo2.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. OMS.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

OMS.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=F59D66E83A19D4D2A5E8A396456AA71F?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. OMS.

<https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/#:~:text=Entre%202015%20y%202050%2C%20la,actualidad%20que%20en%20a%C3%B1os%20precedentes.>

Ortiz, J., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1),

25-31. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004

Otero, A., Zunzunegui, M., Béland, F., Rodríguez, A., y García de Yébenes y Prous, M. (2006, agosto). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Fundación BBVA.

<https://www.fbbva.es/publicaciones/relaciones-sociales-y-envejecimiento-saludable/>

Parra, M. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. Universidad Miguel Hernández de Elche.

<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20Maria%20Antonia.pdf>

Pontificia Universidad Católica de Chile, y Undurraga, C. (2012, junio). *Calidad de vida en la vejez. Relaciones sociales*. Salesianos Impresores S.A.

http://adulthood.uc.cl/docs/relaciones_sociales.pdf

Reyes, I., & Castillo, J. (2001). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia y la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*,

30(3), 354-359. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002011000300006&script=sci_arttext&tlng=en

Rivera, L., Borges, L., Rubio, D., y González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor.

VARONA, 1-7. <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

- Rivas, A., Romero, A., Vásquez, M., Ramos, E., González, T., y Acosta, D. *Calidad de vida del adulto mayor inscrito en los comedores del programa nacional de alimentación para el adulto mayor Juan Luis Londoño de la Cuesta ICBF, 2010-II.*
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156305005.pdf>
- Rodríguez C., María D., Gómez, C., Guevara, T., Arribas, A., Duarte, Y., y Ruiz, P., (2018). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Archivo Médico de Camagüey*, 22(2),204-213.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2111/211159713010>
- Rodríguez, D., & Rocha, C. (2018). *Bienestar psicológico en personas farmacodependientes en condición de aislamiento.* Repositorio Unab.
https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/393/2018_Tesis_David_Rodríguez_Blanco.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, E., & Rodríguez, A. (2018). *Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores de 60 años institucionalizadas en un centro de bienestar del adulto mayor de la ciudad de Bucaramanga.* Repositorio Institucional UCC.
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/18363/1/2018_Evaluaci%c3%b3n_calidad.pdf
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*, 69, pp. 719-727. Recuperado de: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/23545616_Know_Thyself_and_Become_What_You_Are_A_Eudaimonic_Approach_to_Psychological_Well-Being
- Sandoval, S., Dorner, A., & Véliz, A. (2017) Bienestar Psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*, 6(24), 260 - 266. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000400260#B10

Santaella, E., & Fuentes, A. (2017). *Salud y calidad de vida en la tercera edad*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/321756674_Salud_y_Calidad_de_vida_en_la_tercera_edad

Santorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. Universitat de València. <https://core.ac.uk/download/pdf/71008265.pdf>

Sarmiento, A., & Escobar, C. (2018). *Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana*. Repositorio Institucional UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/5250>

Valdés, C., y Emma, S., (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, IV(7),48-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2110/211014858003>

Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33(2), 199-201. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009) Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15-28. Recuperado de: http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Scientific Electronic Library Online*, 284-290. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Villalobos, C. (2016). Sistema General de Pensiones y pensión mínima de vejez en Colombia: estimaciones de capital acumulado utilizando gradientes geométricos. *ODEON*, 11, pp. 27-66. DOI: <https://doi.org/10.18601/17941113.n11.03>.

Villar, F (2005). El enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. Universidad de Barcelona. Asociación Multidisciplinar de Gerontología. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/0c03villar-pearson.pdf>

World Health Organization. (2020, 8 mayo). *Ageing and Life Course*. <https://www.who.int/ageing/en/>

World Health Organization: WHO. (2017, 12 diciembre). *La salud mental y los adultos mayores*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Who Quality of Life Assessment Group. (2012). *¿Qué es calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

Zubieta, E., Fernández, O., Bombelli, J., & Mele, S. (2011). El bienestar eudaimónico, la soledad social emocional y la importancia de la confianza y las redes. *Acta Académica*. <https://www.aacademica.org/000-052/667>

Apéndices

Apéndice 1.

Infografía “*Bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga*”

Nota. Esta infografía se implementó como apoyo digital de la investigación realizada, para establecer el contacto con las diversas instituciones, explicando los propósitos del estudio y los beneficios para la población participe.

Apéndice 2.

Folleto “Adultos mayores y cuidadores”

Estrés y sobrecarga del cuidador ¿Qué hacer?

Estos pueden afectar la calidad de vida del cuidador, generando problemas en todas las áreas de la persona: física y emocional.

Fisicamente: Pérdida de energía y de sueño, fatiga y aumento o disminución del hambre.

Emocionalmente: Enojarse con facilidad, tristeza, frustración, culpa y ansiedad.

- Establezca límites en el cuidado y aprenda a decir "No".
- Pida ayuda a la familia cuando lo considere necesario.
- No deje de lado sus pasatiempos.
- Disfrute del ambiente laboral, social y familiar.

Derechos de los cuidadores

Cuidarse a sí mismo para tener la energía y la dedicación para cuidar al enfermo.

Mantener los aspectos de su vida diaria, proteger su individualidad y el derecho a tener vida propia.

Enfadarse, estar triste y expresar sus sentimientos.

Adultos mayores y cuidadores

**Diana Castillo
Laura Moncada
Mónica Chacón**

Importancia del cuidador

Cuidar a alguien es una labor, exigente y satisfactoria; demanda tiempo, esfuerzo físico y emocional. Su contribución es esencial, hasta el punto que en algunos casos el cuidador llega a convertirse en parte fundamental del equipo tratante.



La adultez mayor

En este momento de su vida está afrontando la pérdida de su salud o tiene una discapacidad por la cual necesita el acompañamiento y la ayuda de un cuidador.

"El ser cuidador implica entender las necesidades del otro y responder de manera apropiada a ellas."



"Si no cuidamos de los cuidadores, no tendremos un enfermo, sino dos."
Pedro Simón

MIEDOS QUE AFRONTAN LOS CUIDADORES

- Miedo a tomar decisiones equivocadas.
- Miedo a fracasar como cuidador, a no poder hacer todo lo necesario
- Miedo a sentirse incapaz o débil, sumado al estrés adicional, o a controlar sentimientos como el enojo, la tristeza, la rabia.



Nota. Este folleto se diseñó con el propósito de dar a conocer a aquellas personas que desarrollan un quehacer al servicio y al cuidado del otro, aquí se plasma la importancia de su labor, los miedos, situaciones y dificultades a las cuales se enfrentan y a los derechos inherentes y los cuales los caracterizan como seres humanos.

Apéndice 3.

Consentimiento de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga 2020

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki: respecto a los derechos del sujeto, prevalece su interés por sobre los de la ciencia y la sociedad y de la misma forma, el respeto por la libertad del individuo; en el Reporte Belmont: se rige por el respeto por las personas, beneficencia y justicia y en las Pautas CIOMS que se guían por los principios éticos para la ejecución de la investigación en seres humanos, especialmente en los países en desarrollo como Colombia, dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y sus disposiciones ejecutivas y administrativas. A nivel nacional, en la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud, debido a que esta investigación se consideró como sin riesgo y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

1. Esta investigación comprende la descripción del bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga.
2. Prevalece el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.
3. Cuenta con el consentimiento informado y por escrito de usted, en calidad de sujeto de estudio.
4. La investigación es realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del sujeto de estudio.
5. La investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización de la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, del establecimiento y el consentimiento informado del participante en el estudio.

Con base en los principios establecidos en la Resolución 8430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente en el Artículo 15, relacionado con el Consentimiento Informado, usted debe conocer sobre qué trata esta investigación y aceptar participar en ella, solo si lo considera conveniente. Por favor, lea con cuidado y haga las preguntas que desee hasta su total comprensión.

1. Objetivo y justificación

El presente documento, tiene el propósito de informarle sobre el proyecto titulado: bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga.

Por medio de este documento, estamos solicitando a usted, su permiso para participar en la investigación. Es muy importante leer, conocer y entender el documento, en su totalidad, antes de firmar. No dude en preguntar todo lo que necesite, en cualquier momento que lo requiera aún después de aceptar.

Las estudiantes Diana Katherine Castillo Toro, Mónica Natalia Chacón Jerez y Laura Patricia Moncada Hernández de la Facultad de Ciencias de la Salud, programa de psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se encuentran realizando este estudio para conocer el bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga:

- **Bienestar psicológico**: una actitud positiva hacia sí mismo y hacia su vida pasada, la capacidad de mantener relaciones cercanas con otras personas, basadas en la confianza y el entendimiento; mantener su propia capacidad para tomar decisiones, crear o elegir ambientes favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Establecer metas, objetivos, que le permitan dar sentido a su vida; el poder seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus potencialidades.
- **Adulto mayor**: según la Ley 1276 de 2009 (art. 7) del Congreso de la República de Colombia, se denomina adulto mayor a aquella persona que se encuentra en la edad de los 60 años o más. De igual manera, y en concordancia con los especialistas en el área de la salud, una persona menor de 60 años

y mayor de 55 podrá ser clasificada dentro de esta connotación si se presentan condiciones de desgaste físico, vital y psicológico.

- **Institucionalización:** es aquel recurso que tiene como finalidad, satisfacer las necesidades y demandas presentes en la realidad vivenciada por el sujeto al comienzo de su entrada en el envejecimiento y referente a los cambios biopsicosociales inmersos en esta etapa evolutiva.

2. Procedimiento (¿cómo se va a hacer la investigación?)

1. Presentarse en el sitio en donde reside la persona que participa en el estudio.
2. Precisar la participación voluntaria del sujeto de investigación mediante el consentimiento informado.
3. Aplicar el cuestionario sociodemográfico.
4. Aplicar la prueba de bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff.

3. Efecto de las actividades a desarrollar:

- La actividad de registro de las respuestas en el cuestionario, no interfiere con la vida cotidiana del participante.
- Esta actividad, NO representa daño para su salud, ni genera costo alguno para su familia, ni para usted mismo.

4. Beneficios de las actividades de investigación:

- Al finalizar el proyecto, se realizará una devolución de la información encontrada, en la cual se expondrán sugerencias tanto a usted como participante, a sus familiares o al sitio en el cual reside actualmente (si se encuentra en una institución).
- Si se encontrase alguna situación que afecte el bienestar psicológico del adulto mayor, se procederá a realizar las recomendaciones necesarias para propiciar una mejor calidad de vida en esta población.

5. Privacidad y anonimato:

La información será utilizada con fines estrictamente investigativos y académicos, se mantendrá en todos los casos el principio de la confidencialidad, siguiendo los lineamientos de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud del Ministerio de Salud de la República de Colombia resolución N° 8430 de 1993 consignados en el Título II de la Investigación en seres humanos, Capítulo 1 “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” Artículos 5, 6, 8, 11, 14.

6. Aceptación del participante en el proceso de investigación:

Acepto en forma libre y consciente el procedimiento o intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información. Sé que puedo retirar la autorización en cualquier momento.

SI ___ NO___ Autorizo el procedimiento o intervención para el desarrollo de la investigación.

SI ___ NO___ Autorizo las sugerencias que puedan surgir durante el estudio.

SI ___ NO___ Autorizo que la información del cuestionario sociodemográfico y los resultados del cuestionario de Carol Ryff, se usen con fines académicos.

En _____ a los ___ días del mes de _____ del año _____.

Nombre _____ con C.C. _____.

7. Rechazo del procedimiento en la participación en la investigación:

Yo _____ con CC. _____.

Rechazo el procedimiento o intervención que se me ha propuesto para participar en esta investigación.

En _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

8. Revocación del procedimiento o intervención de la investigación:

Yo _____ con C.C. _____.

Revoco mi aceptación del procedimiento o intervención que se me ha propuesto para participar en esta investigación.

En _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

9. Aceptación

Con fecha _____ habiendo comprendido lo anterior y una vez aclaradas todas las dudas que surgieron con respecto a su participación en el estudio, usted acepta participar en la investigación titulada: "Bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga 2020".

Nombre de participante

Firma

*La firma puede ser sustituida por la huella digital en los casos

que así se ameriten.

Nombre del testigo 1

Firma

Relación que guarda con el participante: _____.

Fecha de la firma: _____.

Nombre del investigador responsable

Firma

10. Datos de los investigadores (donde los participantes se pueden comunicar)

· Investigadoras

1. Diana Katherine Castillo Toro

dcastillo488@unab.edu.co

Número de celular: 3183928583

2. Mónica Natalia Chacón Jerez

mchacon817@unab.edu.co

Número de celular: 3132533663

3. Laura Patricia Moncada Hernández

lmoncada490@unab.edu.co

Número de celular: 3005375534

· Asesora del proyecto

Martha Eugenia Ortega Ortiz

mortega4@unab.edu.co

Número de celular: 3002121469

Teléfono: 6436111 ext. 523

Horario atención: martes de 8 a 10 a.m.

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Campus del Bosque

11. Contacto con el Comité de Ética.


Para preguntas o aclaraciones acerca de los aspectos éticos de ésta investigación, pueden comunicarse con Claudia Uribe, Presidenta Comité Ético de Investigación Científica de la Facultad de Salud de la UNAB o con cualquiera de los miembros del comité, al teléfono 6399155 extensión 515

Apéndice 4.

Infografía “¿Cómo mantener una buena comunicación con el adulto mayor?”



Nota. Esta infografía se elaboró con la finalidad de llevar material representativo y alusivo al cuidado del adulto mayor, los cuales, se encuentran en las diferentes instituciones presentes en esta investigación, para que logren reconocer como establecer y mantener una buena comunicación con estas personas.

Apéndice 5.**Cuestionario sociodemográfico adultos mayores no institucionalizados**

**Adulto mayor no institucionalizado-
Bienestar Psicológico de Carol Ryff y
Cuestionario Sociodemográfico**

A continuación, encontrará una serie de preguntas que buscan conocer algunos de sus datos personales y sociodemográficos para brindar mayor información a la investigación.

***Obligatorio**

Recuerde que las respuestas de este cuestionario son y serán de total confidencialidad y por lo tanto, utilizadas netamente para fines académicos de las estudiantes de psicología, Usted está en libertad de aceptar, o por el contrario, de no querer responder la encuesta a pesar de lo mencionado previamente. Por favor señale su opción: *

Acepto responder la encuesta.

Rechazo contestar la encuesta.

Nombres y Apellidos *

Tu respuesta _____

<p>Género *</p> <p><input type="radio"/> Femenino</p> <p><input type="radio"/> Masculino</p>
<p>Edad *</p> <p>Tu respuesta _____</p>
<p>Estrato socioeconómico *</p> <p><input type="radio"/> 1</p> <p><input type="radio"/> 2</p> <p><input type="radio"/> 3</p> <p><input type="radio"/> 4</p> <p><input type="radio"/> 5</p> <p><input type="radio"/> 6</p>

Estado civil *

- Casado(a)
- Soltero(a)
- Viudo(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Unión libre

Nivel de escolaridad *

- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Bachillerato completo
- Bachillerato incompleto
- Técnico
- Tecnólogo
- Universitario
- Ninguno
- Otro: _____

¿Sabe leer? *

- Sí
 No

¿Sabe escribir? *

- Sí
 No

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

¿Es cabeza de hogar? *

- Sí
 No

¿Recibe ingresos? *

- Sí
 No

Si su respuesta anterior fue "Sí", esos ingresos, son de:

- Salario
 Pensión
 Subsidio del Estado
 Familia
 Amigos
 Vecinos
 Otro: _____

Si recibe ingresos, estos ayudan a satisfacer todas sus necesidades al mes

- Sí
 No

CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES

¿Con quién vive? *

- Compañero(a) sentimental
- Hijo (a, as, os)
- Familiar(es)
- Amigo(a, os, as)
- Vecino(a)
- Cuidador(a)
- Solo
- Otro: _____

Si tiene hijos (as), ¿Cuántos tiene?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Más de 5

¿Responde por sí mismo? *

Sí

No

Si su respuesta anterior fue "NO", ¿Quién responde por usted?

Compañero(a) sentimental

Hijo (a, as, os)

Familiar(es)

Amigo(a, os, as)

Vecino(a)

Cuidador(a)

Solo

Otro: _____

¿Con quién suele compartir su tiempo? *

Compañero(a) sentimental

Hijo (a, as, os)

Familiar(es)

Amigo(a, os, as)

Vecino(a)

Cuidador(a)

Solo

Otro: _____

CARACTERÍSTICAS DE SALUD

¿Padece alguna enfermedad? *

- Sí
- No

Si su respuesta anterior fue "SI", ¿Qué tipo de enfermedad padece?

- Cardiovascular (Hipertensión arterial, Arritmia, entre otras)
- Cerebrovascular (Embolia cerebral, entre otras)
- Pulmonar (Asma, neumonía, entre otras)
- Metabólica (Tiroides, diabetes, entre otras)
- Infecciosas (Tuberculosis, entre otras)
- Musculo-esquelética (Tendinitis, Síndrome del túnel carpiano, lumbalgia, entre otras)
- Otro: _____

¿Presenta algún tipo de discapacidad? *

- Sí
- No

Si su respuesta anterior fue "SI", ¿Qué tipo de discapacidad tiene?

- Auditiva
- Cognitiva
- Visual
- Física
- Motora
- Otro: _____

CARACTERÍSTICAS DE PARTICIPACIÓN

Realiza alguna de estas actividades: *


- Viajes
- Paseos, caminatas, etc.
- Talleres de cocina, pintura, música
- Reuniones familiares
- Actividades religiosas
- Reuniones con amigos
- Otro: _____

Según las actividades señaladas anteriormente con qué frecuencia las realiza *

- Diariamente
- Semanalmente
- Cada 15 días
- Mensual

¿Con qué frecuencia realiza actividades ocupacionales? *

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- No realiza

Apéndice 6.**Cuestionario sociodemográfico adultos mayores institucionalizados**

**Adulto mayor institucionalizado-
Bienestar Psicológico de Carol Ryff y
Cuestionario Sociodemográfico**

A continuación, encontrará una serie de preguntas que buscan conocer algunos de sus datos personales y sociodemográficos para brindar mayor información a la investigación.

***Obligatorio**

Recuerde que las respuestas de este cuestionario son y serán de total confidencialidad y por lo tanto, utilizadas netamente para fines académicos de las estudiantes de psicología, Usted está en libertad de aceptar, o por el contrario, de no querer responder la encuesta a pesar de lo mencionado previamente. Por favor señale su opción: *

Acepto responder la encuesta.

Rechazo contestar la encuesta.

Nombres y Apellidos *

Tu respuesta _____

Género *

- Femenino
 Masculino

Edad *

Tu respuesta _____

Estrato socioeconómico *

- 1
 2
 3
 4
 5
 6

Estado civil *

- Casado(a)
 Soltero(a)
 Viudo(a)
 Separado(a)
 Divorciado(a)
 Unión libre

Nivel de escolaridad *

- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Bachillerato completo
- Bachillerato incompleto
- Técnico
- Tecnólogo
- Universitario
- Ninguno
- Otro: _____

¿Sabe leer? *

- Sí
- No

¿Sabe escribir? *

- Sí
- No

¿A cuál centro de salud del adulto mayor pertenece? *

Tu respuesta _____

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

¿Es cabeza de hogar? *

- Sí
 No

¿Recibe ingresos? *

- Sí
 No

Si su respuesta anterior fue "Sí", esos ingresos, son de:

- Salario
 Pensión
 Subsidio del Estado
 Familia
 Amigos
 Vecinos
 Otro: _____

Si recibe ingresos, estos ayudan a satisfacer todas sus necesidades al mes

- Sí
 No

CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES

¿Con quién solía vivir antes? *

- Compañero(a) sentimental
- Hijo (a, as, os)
- Familiar(es)
- Amigo(a, os, as)
- Vecino(a)
- Cuidador(a)
- Solo
- Otro: _____

Si tiene hijos (as), ¿Cuántos tiene?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Más de 5

¿Responde por sí mismo? *

- Sí
- No

Si su respuesta anterior fue "NO", ¿Quién responde por usted?

- Compañero(a) sentimental
- Hijo (a, as, os)
- Familiar(es)
- Amigo(a, os, as)
- Vecino(a)
- Cuidador(a)
- Solo
- Otro: _____

¿Con quién suele compartir su tiempo? *

- Compañero(a) sentimental
- Hijo (a, as, os)
- Familiar(es)
- Amigo(a, os, as)
- Vecino(a)
- Cuidador(a)
- Solo
- Otro: _____

Cada cuanto recibe visita de sus familiares?

- Diariamente
- Semanalmente
- Cada 15 días
- Mensualmente
- No recibe

CARACTERÍSTICAS DE SALUD

¿Padece alguna enfermedad? *

- Sí
- No

Si su respuesta anterior fue "Sí", ¿Qué tipo de enfermedad padece?

- Cardiovascular (Hipertensión arterial, Arritmia, entre otras)
- Cerebrovascular (Embolia cerebral, entre otras)
- Pulmonar (Asma, neumonía, entre otras)
- Metabólica (Tiroides, diabetes, entre otras)
- Infecciosas (Tuberculosis, entre otras)
- Musculo-esquelética (Tendinitis, Síndrome del túnel carpiano, lumbalgia, entre otras)
- Otro: _____

¿Presenta algún tipo de discapacidad? *

- Sí
- No

Si su respuesta anterior fue "Sí", ¿Qué tipo de discapacidad tiene?

- Auditiva
- Cognitiva
- Visual
- Física
- Motora
- Otro: _____

CARACTERÍSTICAS DE PARTICIPACIÓN
<p>Realiza alguna de estas actividades: *</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Viajes<input type="checkbox"/> Paseos, caminatas, etc.<input type="checkbox"/> Talleres de cocina, pintura, música<input type="checkbox"/> Reuniones familiares<input type="checkbox"/> Actividades religiosas<input type="checkbox"/> Reuniones con amigos<input type="checkbox"/> Otro: _____
<p>Según las actividades señaladas anteriormente con qué frecuencia las realiza *</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Diariamente<input type="radio"/> Semanalmente<input type="radio"/> Cada 15 días<input type="radio"/> Mensual<input type="radio"/> No realiza
<p>¿Con qué frecuencia realiza actividades ocupacionales? *</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Diariamente<input type="radio"/> Semanalmente<input type="radio"/> Mensualmente<input type="radio"/> No realiza

Apéndice 7.

Escala de bienestar psicológico de Carol Ryff

BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF

A continuación, encontrará 39 afirmaciones en las cuales debe indicar el nivel con el cual está de acuerdo para cada una de ellas, utilizando una escala donde el número 1 indica que está 'Totalmente en desacuerdo' y el 6 'Totalmente de acuerdo', de igual manera en algunas preguntas encontrará a la inversa la escala, siendo 1 'Totalmente de acuerdo' y el 6 'Totalmente en desacuerdo'. Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones y responda en el espacio correspondiente.

Recuerde que no hay resultados buenos o malos y que las respuestas de este cuestionario son de total confidencialidad y serán utilizadas netamente para fines académicos de las estudiantes de psicología, así que por favor, contestar con la mayor sinceridad posible en cada caso y seleccione el número que mejor le describe para cada afirmación.

De ante mano, muchas gracias por su participación.

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.

*

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona. *

- 6. Totalmente en Desacuerdo
- 5. En Desacuerdo
- 4. Algunas veces de Acuerdo
- 3. Frecuentemente de Acuerdo
- 2. De Acuerdo
- 1. Totalmente De Acuerdo

37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla. *

- 1. Totalmente en Desacuerdo
- 2. En Desacuerdo
- 3. Algunas veces de Acuerdo
- 4. Frecuentemente de Acuerdo
- 5. De Acuerdo
- 6. Totalmente De Acuerdo

Enviar

Página 1 de 1

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó en Universidad Autónoma de Bucaramanga. [Notificar uso inadecuado](#)

Google Formularios