

Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la
ciudad de Bucaramanga

Yesika Ariza Díaz



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2018

Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la
ciudad de Bucaramanga

Proyecto de grado para optar por el título de Psicóloga

Yesika Ariza Díaz

Directora

Margie Stefania Quintero Mantilla

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2018

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi directora de proyecto de grado Margie Stefanía Quintero, por su dedicación, apoyo y tiempo otorgado durante este proceso investigativo. Además, por sus valiosos aportes de conocimiento dignos de admiración.

Agradezco a mi madre Jennifer Díaz, quien me ha dado la fuerza y motivación para conseguir mis logros y metas, aun cuando pensé que no lo lograría, por apoyarme siempre y por ser mi amiga incondicional.

Gracias a mi padre Jairo Ariza, quien, a pesar de estar lejos, me ha brindado su apoyo y motivación para lograr culminar esta etapa de mi vida.

Por último, agradezco profundamente a Dios, por ser mi guía en los momentos más difíciles, también por sus bendiciones en cada proceso y etapa de mi vida.

Este logro también es de ustedes, infinitas gracias.

Tabla de contenido

Resumen	10
Abstract.....	11
Capítulo 1 Introducción	12
Capítulo 2 Justificación	14
Capítulo 3 Planteamiento del problema	18
Capítulo 4 Objetivos	22
4.1. Objetivo General.....	22
4.2. Objetivos específicos	22
Capítulo 5 Marco teórico.....	23
5.1. Envejecimiento y vejez	23
5.2. Salud mental en la vejez	28
5.3. Bienestar psicológico y emocional del adulto mayor	31
5.4. Modelos teóricos de bienestar psicológico	34
5.5. Bienestar psicológico y su relación con las condiciones contextuales del adulto mayor ...	37
5.6. Efectos positivos y negativos en el bienestar psicológico de la institucionalización y semi- institucionalización	40
Capítulo 6 Metodología	45
6.1. Diseño	45
6.2. Población.....	45

6.3. Muestra	45
6.4. Consideraciones éticas	46
6.5. Instrumentos.....	46
6.6. Procedimiento	47
Capítulo 7 Resultados.....	50
7.1. Análisis comparativo	67
Capítulo 8 Discusión	76
Capítulo 9 Conclusiones.....	86
Capítulo 10 Recomendaciones	88
Referencias	89
Anexos.....	103

Lista de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra total	50
Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra por subgrupos	53
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de bienestar psicológico global	58
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de bienestar psicológico de la muestra total	60
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de bienestar psicológico por subgrupos muestrales	60
Tabla 6. Género y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	67
Tabla 7. Edad y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	68
Tabla 8. Estado civil y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	69
Tabla 9. Escolaridad y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	70
Tabla 10. Apoyo social y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	71
Tabla 11. Presencia de enfermedad y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	72
Tabla 12. Realización de actividades recreativas y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	72

Tabla 13. Realización de actividades deportivas y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	73
Tabla 14. Realización de actividades ocupacionales y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	74
Tabla 15. Nivel de alimentación y de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados	75

Lista de Figuras

Figura 1. Bienestar psicológico global de la muestra total.....	59
Figura 2. Bienestar psicológico global por subgrupos muestrales	59
Figura 3. Dimensión de autoaceptación de la muestra total	61
Figura 4. Dimensión de relaciones positivas de la muestra total	61
Figura 5. Dimensión de autonomía de la muestra total	62
Figura 6. Dimensión de dominio del entorno de la muestra total	62
Figura 7. Dimensión de propósito en la vida de la muestra total	63
Figura 8. Dimensión de crecimiento personal de la muestra total.....	63
Figura 9. Dimensión de autoaceptación por subgrupos muestrales	64
Figura 10. Dimensión de relaciones positivas por subgrupos muestrales	64
Figura 11. Dimensión de autonomía por subgrupos muestrales	65
Figura 12. Dimensión de dominio del entorno por subgrupos muestrales	65
Figura 13. Dimensión de propósito en la vida por subgrupos muestrales.....	66
Figura 14. Dimensión de crecimiento personal por subgrupos muestrales	66

Lista de Anexos

Anexo 1. Ficha sociodemográfica	103
Anexo 2. Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff	105
Anexo 3. Consentimiento informado	108

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga

AUTOR(ES): Yesika Ariza Díaz

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Margie Stefanía Quintero Mantilla

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo comparar el bienestar psicológico de una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga. Este trabajo se desarrolló desde un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, de corte transversal y de alcance descriptivo-comparativo, y con una muestra de 100 adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados, con una edad igual o superior a 60 años. Como instrumentos se utilizaron una ficha sociodemográfica y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Como resultados se evidencia la prevalencia de mujeres (59%), estado civil soltero (56%), nivel de escolaridad de primaria incompleta (59%), reciben apoyo de familiares y/o amigos (76%), y presencia de enfermedad (54%). Con respecto al bienestar psicológico global se evidenció que la mayoría de los dos subgrupos de adultos mayores presentan niveles altos (66%) en donde el subgrupo de semi-institucionalizados presentó un leve predominio; y en cuanto a las dimensiones se encontró que la muestra de institucionalizados presentó más niveles altos en las dimensiones de autoaceptación, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal; no obstante, los adultos semi-institucionalizados evidenciaron un menor porcentaje de niveles bajos en las dimensiones de autoaceptación, propósito en la vida y crecimiento personal. Se concluye que las principales semejanzas en el bienestar psicológico entre los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados con respecto a las características sociodemográficas se reflejaron en género, estado civil, apoyo social percibido, y actividades recreativas y deportivas; y las principales diferencias se presentaron en la presencia o ausencia de enfermedad, y en actividades ocupacionales.

PALABRAS CLAVE:

Vejez, adulto mayor, bienestar psicológico, institucionalización, semi-institucionalización.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological well-being in institutionalized and semi-institutionalized older adults of the city of Bucaramanga

AUTHOR(S): Yesika Ariza Díaz

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Margie Stefanía Quintero Mantilla

ABSTRACT

This study aimed to compare the psychological well-being of a sample of institutionalized and semi-institutionalized older adults in the city of Bucaramanga. This work was developed from a quantitative approach with a non-experimental design, cross-sectional and scope, and with a sample of 100 institutionalized and semi-institutionalized older adults, with an age equal to or greater than 60 years. As instruments, a sociodemographic sheet and the Psychological Wellbeing Scale by Ryff were used. As results evidenced the prevalence of women (59%), single marital status (56%), incomplete primary school level (59%), support from relatives and/or friends (76%), and presence of disease (54%). Regarding global psychological well-being, it was evident that most older adults subgroups had high levels (66%) where the sub-group of semi-institutionalized showed a slight predominance, and referring to dimensions it was found that the institutionalized sample presented higher levels in the dimensions of self-acceptance, environment domain, purpose in life and personal growth; however, semi-institutionalized adults showed a lower percentage of low levels in the dimensions of self-acceptance, purpose in life and personal growth. It is concluded that the main similarities in the psychological well-being among institutionalized and semi-institutionalized older adults regarding to sociodemographic characteristics were reflected in gender, marital status, social support received, and recreational and sports activities; and the main differences were in the presence or absence of disease, and in occupational activities.

KEYWORDS:

Old age, older adult, psychological well-being, institutionalization, semi-institutionalization

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Capítulo 1

Introducción

En los últimos años se ha evidenciado un creciente interés por estudiar y comprender la vejez, como producto de una transición demográfica significativa, el aumento progresivo de la población de adultos mayores a nivel mundial (Hernández, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2018a; Otero 2017). Si bien es cierto que aquella transición trae consigo un incremento de enfermedades crónicas y dependencia, y al lado de ello se han difundido diversos estereotipos negativos frente a la vejez (Guerra, 2015; Hernández, 2017; OMS, 2016), también se ha venido fortaleciendo una visión positiva de la vejez, en donde se constituye como una etapa de ganancias en la que se valoran las capacidades y habilidades del individuo, lo cual ha generado la necesidad de potencializar los aspectos positivos que repercuten en el envejecimiento del adulto mayor (Cardona, Segura, Garzón, Segura y Cano, 2016; Hernández, 2017; Gutiérrez, Nieves y Ruiz, 2016; Lombardo, 2013).

Dentro de aquella visión positiva de la vejez, el bienestar psicológico constituye una variable de gran importancia, puesto que contribuye a la adaptación del adulto mayor a los cambios propios de su proceso de envejecimiento (Ferrada y Zavala, 2014; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Ortiz y Castro, 2009; Paredes, 2010; Vivaldi y Barra, 2012). Esto conlleva a preguntarse si las instituciones dirigidas a la protección y cuidado integral del adulto mayor, como lo son los centros residenciales y los centros día, aportan al bienestar psicológico de los adultos mayores que se benefician de sus servicios.

Dentro de este contexto, en el presente trabajo se realiza una comparación del bienestar psicológico entre adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga. En primer lugar, se ofrecerán la justificación y planteamiento del problema, para

así dar a conocer la relevancia social, las implicaciones prácticas, el valor teórico y la utilidad metodológica del presente estudio. En segundo lugar, se presentarán los objetivos que delimitan esta investigación, y el marco teórico que contextualizará sobre la vejez y el envejecimiento, el bienestar psicológico del adulto mayor, y los diferentes efectos de la institucionalización y semi-institucionalización sobre el bienestar psicológico de esta población. En tercer lugar, se describirá la metodología, que abarca las especificaciones sobre el diseño de investigación, población, muestra, instrumentos y procedimiento. Posteriormente, se expondrán los resultados en donde se describen las características sociodemográficas de la muestra y se presentan los resultados frente al bienestar psicológico global y por dimensiones, de la muestra total y por subgrupos muestrales. Finalmente, se discuten los resultados contrastados con la literatura y se presentan las respectivas conclusiones y recomendaciones realizadas por el autor del presente proyecto.

Capítulo 2

Justificación

En la actualidad, la esperanza de vida ha aumentado significativamente, según la Organización Mundial de la Salud (2018a), la mayor parte de la población mundial tiene una esperanza de vida igual o superior a 60 años, y en los próximos dos años, se prevé que el número de adultos mayores será mayor al de niños menores de 5 años. En Colombia, según lo indica la última encuesta Nacional de Salud, Envejecimiento y Bienestar (SABE) realizada en el año 2015, el 11% de la población son adultos mayores y se espera que esta cifra siga incrementando progresivamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El aumento progresivo de las personas mayores se debe principalmente a los declives en tasas de fecundidad y mortalidad; aunque también es producto de diversos factores de tipo biológico, histórico, cultural, político, social y demográfico (Cubillos, 2013; Gutiérrez et al., 2016; Hernández, 2017; Rubio, Cerquera, Muñoz y Pinzón, 2011). De manera que se constituye como un reto, no solo para la población mayor, sino también para la sociedad en general, puesto que esta se debe preparar para dar respuesta a las necesidades de los adultos mayores, y a la vez, para afrontar los diferentes cambios a nivel social y económico que trae consigo esta transición demográfica (Gutiérrez et al., 2016; Rubio et al., 2011).

Paralelamente, la población mayor se ha constituido socialmente como un sector poblacional altamente vulnerable, siendo foco de diversas actitudes negativas o discriminatorias que repercuten en su salud física y mental (OMS, 2016), tanto en contextos de institucionalización como en ambientes familiares. En vista de ello, el Estado ha promulgado leyes que velan por la protección y el cuidado del adulto mayor, dentro de las que se destacan: 1) Ley 1251 de 2008, en la cual se dictan las normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de los adulto mayores;

2) Ley 1276 de 2009, en la que se delimitan los criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida; 3) Ley 1315 de 2009, con la que se establecen las condiciones mínimas para dignificar la estadía de los adultos mayores en las diferentes instituciones de atención a esta población; 4) Resolución 1378 de 2015, en donde se dictan las disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor; y 5) Ley 1850 de 2017, en la que se delimitan las medidas de protección del adulto mayor en Colombia.

Así mismo, en el año 2007 el Estado colombiano crea la *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez*, donde se reconoce por primera vez, en el país, el potencial de las personas mayores para contribuir al desarrollo de la sociedad. Esta política, a diferencia de las leyes mencionadas anteriormente, dirige su atención al envejecimiento activo, en la que se destacan la protección del adulto mayor, la promoción de la salud y la participación activa de esta población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007); dando respuesta a la necesidad de visibilizar una perspectiva positiva del adulto mayor, en donde se le reconozca como parte esencial de la sociedad, como persona que siguen aprendiendo, construyendo y compartiendo al igual que en otras etapas del ciclo vital (Cardona et al., 2016; Ferrada y Zavala, 2014; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Hernández, 2017; Paredes, 2010; Manyari, 2016).

Dentro de este contexto, se han desarrollado diversas investigaciones alrededor del bienestar psicológico del adulto mayor, y de los diferentes factores que pueden influir en su proceso de envejecimiento (Flecha, 2015; Guerra, 2015; Ramírez, Ibarra y García, 2011), donde el bienestar psicológico del adulto mayor se ha asociado comúnmente con el apoyo social y familiar, la autonomía, estrategias de afrontamiento, el estado de salud y la ejecución de actividades de ocio (Ferrada y Zavala, 2014; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Hernández, 2017; Humboldt y Leal, 2014; Ramírez et al., 2011).

Es importante resaltar, que dichos estudios tienen un aspecto en común: si el adulto mayor es institucionalizado o no, puesto que las condiciones con las que cuenta un adulto mayor institucionalizado son diferentes a las del semi-institucionalizado o el adulto mayor externo (Abaunza et al., 2014; Cardona-Arango et al., 2010; Cruz, 2018; Ramírez et al. 2011; Sánchez y De Quiroz, 2016). Sin embargo, en Colombia son escasos los estudios que contrastan el bienestar psicológico entre dichos sub-grupos, esto resulta relevante debido a que es necesario conocer que factores influyen negativa o positivamente en el bienestar psicológico de los mismos, y por ende comprender como repercuten en su salud mental.

En este sentido, el presente proyecto de investigación tiene como objetivo principal comparar el bienestar psicológico de una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga; para lo cual se realiza la evaluación e identificación de las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal, asociadas al bienestar psicológico de la muestra de los dos sub-grupos de adultos mayores, y se describen las diferencias y semejanzas en el bienestar psicológico de los grupos muestrales evaluados, en relación a sus condiciones y características sociodemográficas particulares.

Con este estudio se pretende contribuir teóricamente a la comprensión del bienestar psicológico del adulto mayor en función de su condición de vinculación a una institución, ya sea institucionalizado o semi-institucionalizado, aportando evidencias que permitan a los centros geriátricos y centros vida desarrollar herramientas para la promoción de factores psicosociales protectores y prevención de situaciones de riesgo a las que se pueden encontrar expuestos los gerontes en su cotidianidad.

De igual manera, se espera que los hallazgos de este trabajo contribuyan a brindar un diagnóstico y/o panorama inicial del estado de salud mental de los gerontes evaluados, en términos de la medición de las dimensiones del bienestar psicológico, de forma que a mediano o largo plazo se pueda generar un impacto en las medidas gubernamentales y el desarrollo de políticas públicas en promoción de la salud mental y prevención del deterioro, para así, favorecer la optimización de la calidad de vida de los adultos mayores.

Capítulo 3

Planteamiento del problema

Actualmente en Colombia, enfrentarse a la vejez se ha convertido en un desafío, debido a las condiciones sociales, familiares, económicas, políticas y sociales, a las que los adultos mayores se enfrentan (Guarner, 2013; Dulcey-Ruiz, Arrubla y Sanabria, 2013). Por medio de la Encuesta Nacional de Salud, Envejecimiento y Bienestar (SABE) desarrollada en el 2015, se evidenció que, en comparación con la población en general, los adultos mayores vivencian mayores inequidades en: condiciones socioeconómicas, vivienda y entorno, la participación y el apoyo social, condiciones de bienestar/enfermedad y en el acceso a servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Dentro de los hallazgos más relevantes de la Encuesta SABE, están: 1) la existencia de un déficit pensional y de cobertura de subsidios; 2) percepción negativa del entorno, principalmente por falta de espacios de recreación, bajo acceso y barreras físicas en transporte público; y 3) mayor prevalencia de maltrato de tipo psicológico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

A la luz de aquellos resultados, el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), señala la necesidad de trabajar por la protección social integral de los adultos mayores, en donde se les garantice la seguridad económica, de vivienda y entorno, salud, alimentación, asistencia social y educación (Ministerio de Educación y Protección Social, 2016). En ese sentido, los establecimientos geriátricos son entes dirigidos a dar respuesta a aquella necesidad, puesto que, según el Ministerio de Educación y Protección Social (2008), estos tienen por objetivo la promoción y protección social de las personas mayores, ya sea que el adulto se encuentre institucionalizado en centros residenciales, o sea beneficiario de los centros día (semi-institucionalizado).

La institucionalización consiste en la reclusión completa del adulto mayor en un centro especializado de atención con otros pares, para su cuidado físico y psicológico (Alves, 2013) e implica para el adulto mayor enfrentarse a un contexto controlado, en donde, sus efectos, dependen de las condiciones que ofrece la institución y de las características del individuo, así como del tiempo que permanezca la institución, es decir que, la institucionalización de un adulto mayor puede facilitar o dificultar su adaptación a los diferentes cambios que atraviesa, propios del proceso de envejecimiento (Abaunza et al., 2014; Alves, 2013; Cubillos, 2013; Guerrero-Martelo, Galván, y Vásquez, 2015; Molina, Meléndez & Navarro, 2008; Vargas & Vargas, 2017). Frente a ello, algunos autores han evidenciado en adultos mayores institucionalizados, sentimientos de dependencia y pérdida de control, que se explican principalmente por la presencia de personal y por la obligación de cumplir determinados horarios y rutinas (Guerrero-Martelo, Galván & Vásquez, 2015; Muñoz, 2015).

En la mayoría de los casos, los adultos mayores institucionalizados son llevados contra su voluntad y son abandonados por su familia, en efecto, estos hechos pueden desencadenar consecuencias negativas a nivel psicosocial, pudiéndose generar depresión, baja autoestima, sentimientos negativos y de abandono, por lo que también puede influir en la aparición de pérdida de movilidad o el desarrollo de diferentes enfermedades crónicas (Alves, 2013; Guerrero-Martelo et al., 2015; Gutiérrez et al., 2016; Flecha, 2015).

Por otro lado, la semi-institucionalización, incluye a los adultos mayores que acuden con frecuencia a los centros día, los cuales ofrecen diferentes servicios en pro de la protección de las personas mayores, en un horario diurno (Manyari, 2016; Ministerio de Educación y Protección Social, 2008). Al respecto, en algunos estudios se ha evidenciado que la semi-institucionalización del adulto mayor contribuyen al fortalecimiento de relaciones interpersonales y a la ejecución

constante de diversas actividades de ocio (Manyari, 2016; Paredes, 2010; Ramírez, et al. 2011; Vargas y Vargas, 2017). Sin embargo, Monterroso (2013) afirma que los adultos semi-institucionalizados, si bien poseen un apoyo de alimentación, y programas recreativos en las instituciones a las que acuden parte del día, enfrentan problemáticas externas en su diario vivir, las cuales pueden ser económicas, familiares, y/o sociales. En algunos casos, muchos de los adultos mayores se enfrentan a la soledad y falta de apoyo por parte de sus familias o entidades gubernamentales, razón por la cual deciden asistir a los centros vida, los cuales tienen un efecto positivo, pero no suplen las necesidades psicológicas y emocionales que el adulto mayor necesita (Alves, 2013; Rubio et al., 2011).

En concordancia a lo anterior, se evidencia la necesidad de investigar acerca del bienestar psicológico y sus dimensiones en los adultos mayores, comprendiendo que se entiende por este al esfuerzo que realiza la persona para desarrollar sus capacidades, alcanzar su propio potencial, establecer y mantener relaciones interpersonales positivas, y adaptarse a los cambios propios de su ciclo vital (Erikson, 2000; Ortiz y Castro, 2009; Ryff, 1989 citado en Flecha, 2015; Vivaldi y Barra, 2012), en donde se resalta que el bienestar psicológico del adulto mayor involucra la aceptación y adaptación a los nuevos estados físicos y psicosociales propios de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra (Erikson, 2000; Ortiz y Castro, 2009).

En Latinoamérica se han desarrollado diversos estudios sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores, mayormente en países como Chile, Perú, Argentina y Guatemala (Calcaterra, 2015; Ferrada y Zavala, 2014; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Muñoz, 2013; Ortiz y Castro, 2009; Vargas y Vargas, 2017; Vivaldi y Barra, 2012). En Colombia, dentro de los escasos estudios al respecto, se destaca el trabajo de Hernández (2017), quien realizó un estudio en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, con el que indagó sobre el bienestar psicológico de adultos mayores

institucionalizados; y el trabajo de Ramírez et al. (2011), quienes implementaron y evaluaron la 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 semi-institucionalizados en la ciudad de Bucaramanga.

Sin embargo, no se cuenta con evidencias en la ciudad que den cuenta, desde un punto de vista comparativo, del nivel de bienestar psicológico de cada sub-grupo poblacional; es por ello que el presente estudio de enfoque cuantitativo se fundamentará en la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias en el bienestar psicológico entre adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados?

Capítulo 4

Objetivos

4.1. Objetivo general

Comparar el bienestar psicológico de una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga.

4.2. Objetivos específicos

Medir el bienestar psicológico global de una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados a través de la prueba Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Evaluar las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal, asociadas al bienestar psicológico, en una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados.

Describir las diferencias y semejanzas en el bienestar psicológico de los grupos muestrales evaluados, en relación a sus condiciones y características sociodemográficas particulares.

Capítulo 5

Marco teórico

Teniendo en cuenta que el presente trabajo tuvo como objetivo comparar el bienestar psicológico entre adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados, a continuación, se presenta una profundización en las concepciones del envejecimiento, vejez, y la salud mental en el adulto mayor; de igual manera, se hace pertinente ahondar acerca del bienestar psicológico y emocional del adulto mayor, y los modelos de bienestar psicológico existentes en la literatura. Por último, se contextualiza la relación entre el bienestar psicológico y las condiciones contextuales del adulto mayor, así como los efectos de la institucionalización y la semi-institucionalización en el bienestar psicológico de los gerentes.

5.1. Envejecimiento y vejez

El interés por estudiar y comprender la vejez ha prevalecido a través de la historia, y está enmarcado en la concepción de dos posiciones antagónicas (Carbajo, 2008; Jiménez, 2015; Quintero, 2016; Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009; Rodríguez, 2011; Saavedra y Vargas, 2011). Por un lado, la posición aristotélica, adopta una concepción negativa, en la que esta constituye un periodo de deterioro a nivel físico y moral, en el que se destaca presencia de debilidades y la inutilidad social, y se considera al adulto mayor como desconfiado, inconstante y egoísta (Carbajo, 2008; Jiménez, 2015). Por otro lado, la posición platónica, que acoge una concepción positiva en la que la vejez es considerada una etapa de máxima prudencia, buen juicio, sabiduría, experiencia y sagacidad, y el adulto mayor es considerado idóneo para desempeñar cargos de autoridad debido al gran bagaje de habilidades y capacidades que posee; donde además, se destaca la importancia del cuidado en el proceso de envejecimiento, puesto que la forma en que

se vive durante la juventud, determina las vivencias en la vejez (Calcaterra, 2015; Carbajo, 2008; Jiménez, 2015; Rodríguez, 2011).

La vejez es un término que ha cambiado a través de la historia en función de las características y concepciones de las diferentes culturas (Carbajo, 2008; Ramos et al., 2009). Frente a ello, Montes de Oca-Zavala (2010) distingue tres perspectivas presentes en la literatura que pretenden explicar el concepto de vejez: cronológica, funcional y neutral.

En primer lugar, la *perspectiva cronológica* define la vejez en función de la edad (Abaunza et al., 2014; Bravo, 2014; Cáceres, 2010; Dulcey-Ruíz et al., 2013; Guerra, 2016; Rodríguez, 2011); al respecto, conviene decir que la OMS (2015), delimita que una persona se encuentra en la etapa de vejez, es decir, que se considera un adulto mayor, cuando tiene una edad igual o superior de 60 años, en el caso de los países en vías de desarrollo y de 65 años o más, cuando habitan en naciones desarrolladas. Además, en la historia del estudio de la vejez, se han desarrollado propuestas que categorizan a nivel cronológico el ciclo vital del adulto mayor; por ejemplo, Brocklehorst (como se citó en Rodríguez, 2011) expone la existencia de tres grupos: senil (60 a 74 años), anciano que abarca los rangos de 75 a 89 años y longevos (< 90 años); más adelante, Singer, Verhaegen, Ghisletta, Linderberger y Baltes (2003) citado en Quintero (2016), distinguen tres categorías: 1) viejos-jóvenes, que son aquellos con edades entre los 60 y 69 años; 2) viejos, quienes tienen entre 70 y 80 años; y 3) viejos-viejos, aquellos mayores de 80 años. Al respecto, Rodríguez (2011) afirma que no es correcto delimitar al adulto mayor en una categoría según su edad, debido a que, en la vejez, son diversos los factores que influyen en el desarrollo del individuo.

En segundo lugar, la *perspectiva funcional*, concibe la vejez como la aparición de limitaciones físicas, discapacidades, enfermedades, y la pérdida de autonomía (Abaunza et al., 2014; Bravo, 2014; Cáceres, 2010; Dulcey-Ruíz et al., 2013; Guerra, 2016; Rodríguez, 2011). Y, en tercer lugar,

la perspectiva neutral define la vejez como una etapa que antecede a la muerte (Abaunza et al., 2014; Bravo, 2014; Cáceres, 2010; Dulcey-Ruíz et al., 2013; Guerra, 2016; Rodríguez, 2011).

Si bien existen diversas formas de definir la vejez, diversos autores concuerdan en que es una etapa dentro del ciclo vital del individuo, en el que atraviesa diversos cambios biopsicosociales que afectan todas las esferas de su vida (Abaunza et al., 2014; Bravo, 2014; Cáceres, 2010; Dulcey-Ruíz et al., 2013; Guerra, 2016; Rodríguez, 2011).

En ese sentido, es importante señalar que la vejez se relaciona constantemente con el concepto de envejecimiento, debido a que comúnmente se conciben como términos sinónimos; no obstante, es pertinente aclarar que la vejez constituye la etapa final del proceso de envejecimiento (Cerquera, Álvarez y Saavedra, 2010; Dulcey-Ruíz et al., 2013; Jaimes, 2011; Reyes, 2012; Quintero, 2016). Alrededor de ello, diversos autores han delimitado el concepto de envejecimiento; por ejemplo, Cáceres (2010), afirma que se entiende como un proceso normal por el que todos los seres vivos atraviesan a lo largo de su ciclo vital. De igual manera, Rodríguez (2011) y Dulcey-Ruíz et al. (2013), lo definen como un proceso en el que se viven cambios desde el nacimiento hasta la muerte, que definen a la persona cuando es mayor, y dependen de las condiciones genéticas, ambientales, físicas, sociales, económicas, políticas y culturales en las que vive el individuo durante su vida. Además, Cruz (2018) afirma que el envejecimiento es una experiencia única y heterogénea, y su significado varía dependiendo de la connotación que le asigne cada cultura.

Así mismo, se han propuesto diversas teorías para explicar cómo se vive el envejecimiento hasta la etapa de la vejez, según Ballesteros (como se citó en Alegría et al., 2013), estas se clasifican en: biológicas, psicológicas y sociales.

Las teorías biológicas, explican el envejecimiento a partir de la disminución de la eficiencia fisiológica, como consecuencia del desgaste natural y normal de los órganos y sistemas corporales,

que atraviesan todos los seres vivos (Alvarado y Salazar, 2014; Rodríguez, 2011). A partir de ello, se distinguen dos tipos de envejecimiento. Por un lado, el envejecimiento primario, se centra en los cambios inevitables producto de factores genéticos, que se presentan con el paso del tiempo (Hechavarría, Ramírez, García y García, 2012; Rodríguez, 2011); y, por otro lado, el envejecimiento secundario, que hace referencia a la pérdida de funciones y capacidades, como consecuencia de las diversas vivencias del individuo (Hechavarría et al., 2012; Rodríguez, 2011).

Las teorías psicológicas, estudian el proceso de envejecimiento en función de los aspectos cognitivos, de personalidad y las actitudes de la persona frente al proceso de envejecimiento (Alvarado y Salazar, 2014; Quintero, 2016). Dentro de ellas se destacan tres teorías: en primer lugar, la teoría del desarrollo propuesta por Erikson en 1950, plantea que en la vejez se atraviesa un conflicto entre la integridad del yo y la desesperación, en donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría (Alvarado y Salazar, 2014, Calcaterra, 2015); en segundo lugar, la teoría de la actividad, plantea que cuando las personas se mantienen activas y se sienten útiles, están más satisfechas y felices, por lo cual se afirma que un alto grado de participación y el compromiso de nuevas actividades adaptadas a la edad, son la clave para un envejecimiento óptimo, es decir que, esta teoría resalta la importancia del rol activo del individuo en el proceso de envejecimiento, puesto que resulta imprescindible para la percepción que se tiene de sí mismo (Alegría et al., 2013; Alvarado y Salazar, 2014, Calcaterra, 2015; Ferrada y Zavala, 2014; Francke et al., 2011). Y, en tercer lugar, la teoría de la continuidad concibe que los hábitos, gustos y estilos de vida previos, determinan el comportamiento del adulto mayor, es decir que, el individuo que comienza a adentrarse a la vejez, lo hace en función de las concepciones que ha adoptado en su vida (Alegría et al., 2013; Alvarado y Salazar, 2014, Calcaterra, 2015).

Las teorías sociales, se centran en la comprensión de la adaptación satisfactoria del adulto mayor en el contexto social, y según Ballesteros (como se citó en Alegría et al., 2013), se reconocen principalmente tres teorías. Primero, la teoría de la desvinculación concibe que la disminución de la preocupación por los demás y el aumento del interés y aceptación de sí mismo constituyen una forma de adaptación natural a la vejez, en donde el individuo acepta su retiro gradualmente y contribuye a él (Aguerre y Bouffard, 2008; Alvarado y Salazar, 2014; Petretto et a., 2016). Segundo, la teoría de la subcultura plantea que los adultos mayores atraviesan un proceso de transición de una categoría de edad hacia una de grupo, en donde se constituyen como una subcultura (Bravo, 2015; Robledo, 2016). Y, por último, la teoría de la modernización, considerada una de las primeras propuestas teóricas sobre el envejecimiento y la vejez, se enfoca en la pérdida del prestigio de las personas mayores en la sociedad, y centra su estudio en el impacto que tienen los procesos de modernización en las sociedades tradicionales sobre el proceso de envejecimiento (Bravo, 2015; Robledo, 2016).

Producto del interés por comprender el envejecimiento desde una perspectiva salutogénica, se han propuesto diversos modelos, entre los que se destacan tres: 1) el envejecimiento exitoso, propuesto por Rowen y Khan (como se citó en Francke, González, y Lozano, 2011), el cual se refiere a la presencia de un alto nivel de actividad física y mental, así como la habilidad para mantener un bajo riesgo de enfermedad, además, involucra la conservación de relaciones interpersonales y la participación activa; 2) el envejecimiento saludable, que propone la Organización Mundial de la Salud (1998) citado en Alvarado y Salazar (2014), que se concibe como el establecimiento de hábitos y estilos de vida saludables desde edades tempranas, como parte importante para la prevención de enfermedades; y 3) el envejecimiento activo, propuesto por la OMS (2002), que está encaminado a la participación continua a nivel social, cultural y espiritual,

a medida que se atraviesa el proceso de envejecimiento, e involucra la optimización de la oportunidades de salud y seguridad en pro de la calidad de vida (Alvarado y Salazar, 2014; Calcaterra, 2015; Francke et al., 2011; Petretto, Pili, Gaviano, Matos y Zuddas, 2016).

5.2. Salud mental en la vejez

La salud mental, según el Congreso de la Republica de Colombia, en la Ley 1616 de 2013, se define como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (p. 1).

Así mismo, la OMS (2018b), manifiesta que la salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, sino que implica un estado de bienestar en el que el individuo demuestra sus capacidades, puede enfrentarse al estrés normal de la vida y es capaz de trabajar de manera eficiente y contribuir a la comunidad.

Ahora bien, al hablar de salud mental en la vejez, Triadó y Villar (2008) afirman que puede explicarse en dos sentidos, el primero, hace referencia a la presencia de emociones positivas con respecto los tres tiempos: el pasado, en donde se incluye la satisfacción con la vida, el presente, que implica la felicidad, y el futuro que involucra la presencia de metas e ilusiones; y el segundo sentido, va dirigido a la capacidad de adaptarse a los cambios presentes en la vida, y lograr enfrentarse a las pérdidas que acompañan a la vejez, e incluso, seguir experimentando ganancias y creciendo personalmente. Al respecto, la OMS (2016) destaca que se ha extendido una gran variedad de actitudes negativas y discriminatorias frente a esta etapa del ciclo vital, lo que ha

perjudicado la salud física y mental de los adultos mayores. Frente a ello, Agudelo-Suárez et al. (2015) exponen que, al hablar de salud mental en el adulto mayor, se destacan frecuentemente aspectos como la fragilidad, el deterioro cognitivo, la situación de dependencia funcional. De igual manera, Cerquera y Quintero (2015) afirman que la cultura y creencias generan en la mayoría de personas un miedo a alcanzar a la vejez, debido a que se asocia continuamente con dependencia, enfermedad y pérdida de funcionalidad. Además, Cardona et al. (2016), evidenciaron que las circunstancias de exclusión social influyen en el deterioro de la salud mental del adulto mayor.

En ese sentido, la OMS (2017) afirma que la mayoría de los adultos mayores tienen una buena salud mental, pues solo el 15% sufren del algún problema de esta índole; sin embargo, muchos poseen el riesgo de desarrollar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones. Al respecto, Tello-Rodríguez, Alarcón y Vizcarra-Escobar (2016) exponen que los principales problemas de salud mental que repercuten en los adultos mayores se pueden clasificar en tres grupos: trastornos neurocognitivos mayores, trastornos afectivos y trastornos del sueño.

Los trastornos neurocognitivos mayores, conocidos anteriormente como demencias, son la causa principal de incapacidad en los adultos mayores, a pesar de no ser una parte normal en la vejez (Cerquera, Matajira y Pabón, 2016; Tello-Rodríguez et al., 2016); estos reducen el rendimiento general de la persona, lo que genera severas necesidades de dependencia y cuidado cercano (OMS, 2017; Tello-Rodríguez et al., 2016). Según la OMS (2017), hay 47.5 millones de personas a nivel mundial afectadas por algún trastorno neurocognitivo mayor; además, se prevé que para el año 2030 el número de estas personas aumentará a 75,6 millones, y en el año 2050 incrementará a 135,5 millones; quienes vivirán, en su mayoría, en países de ingresos bajos y medianos.

Los trastornos afectivos en los adultos mayores se vinculan constantemente a una disminución de las interacciones sociales positivas y la falta de apoyo familiar, dando lugar a un significativo aislamiento, lo cual repercute en la percepción que tiene el individuo frente a la reducción de algunas de sus funciones biológicas, cognitivas o sensoriales (Chong, 2012; Saavedra y Vargas, 2011; Tello-Rodríguez et al., 2016). Dentro de este grupo, Tello-Rodríguez et al. (2016) incluyen dos áreas fundamentales: los trastornos depresivos y los trastornos bipolares.

Los trastornos del sueño, según Tello-Rodríguez et al. (2016), constituyen un problema de gran importancia para el adulto mayor, debido a que el sueño favorece el proceso de adaptación y aporta a la recuperación de energía, mientras que la perturbación del sueño altera de manera significativa la calidad de vida de esta población, debido a que genera afectaciones en la presión arterial, el ritmo cardíaco y circulación, así como en la atención y la memoria a corto plazo. Los trastornos de este tipo más frecuentes son insomnio, somnolencia diurna y trastornos específicos como apnea obstructiva (Tello-Rodríguez et al., 2016).

En respuesta a lo anterior, la OMS (2018a) manifiesta que está en proceso de elaboración de un plan de acción sobre el envejecimiento y la vejez en el que se abordan cinco puntos importantes. El primer punto incluye el compromiso con un envejecimiento saludable, que consta de la sensibilización sobre el valor del envejecimiento saludable y la adquisición de medidas sostenibles para formular políticas de base científica que permitan fortalecer las capacidades de los adultos mayores (OMS, 2018a). El segundo punto es el alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores, que implica la organización de los sistemas de la salud en función de las necesidades y preferencias del adulto mayor, fortaleciendo la atención integral en salud para esta población (OMS, 2018a). Como tercer punto está el establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica, que involucra el fortalecimiento de la cobertura sanitaria universal

y de los servicios integrados y centrados en las personas (OMS, 2018a). El cuarto punto es la creación de entornos adaptados a las personas mayores, con el que se pretende exigir la adopción de medidas para combatir la discriminación por razones de edad, así como apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno (OMS, 2018a). Por último, como quinto punto está la mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión, en el que se invita a la realización de investigaciones más centradas, nuevos mecanismos de medición y métodos analíticos para mejorar la comprensión de todo lo relacionado con la población de adulto mayor, para así, llegar a mejorar la información y las estadísticas sanitarias con respecto al envejecimiento y la vejez (OMS, 2018a).

5.3. Bienestar psicológico y emocional del adulto mayor

A partir de finales del siglo XX, con el surgimiento del movimiento de la psicología positiva, se ha evidenciado un cambio en la concepción de la salud, en la que no solo se entiende como la ausencia de enfermedad, sino que también incluye el funcionamiento óptimo del individuo (Pineda, Castro y Chaparro, 2018; Tarragona, 2016; Vargas y Vargas, 2017; Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009); esto se evidenció por parte de la Organización Mundial de la Salud (1948) citado en Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009), que afirma: “la salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía” (p. 16).

Desde entonces, el interés por estudiar y conceptualizar el bienestar ha aumentado, como parte importante de la visión de salud positiva, frente a lo cual Ryan y Deci (2001) proponen que las investigaciones sobre bienestar se pueden diferenciar en dos principales perspectivas o tradiciones: hedónica y eudaimónica; aquella diferenciación aún se mantiene en las investigaciones actuales

(Domínguez y Ibarra, 2017; Flecha, 2015; García-Alandete, 2014; Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez, 2016; Pineda et al., 2018; Vargas y Vargas, 2017).

De esta manera, el estudio del bienestar desde la tradición hedónica se centra en la evaluación de las emociones positivas y la percepción de satisfacción con la vida, y se denomina comúnmente como bienestar emocional o subjetivo (Castro, 2009; Martín, 2016; Triadó y Villar, 2008). Frente a ello, Diener (1984), propone que el bienestar es sinónimo de satisfacción y felicidad, y se explica a través de tres características: 1) el carácter subjetivo, que hace alusión a las experiencias que el individuo vive; 2) la dimensión global, que se refiere a la valoración global de las áreas de la vida del individuo y; 3) la inclusión de medidas positivas. Años más tarde, Seligman (2002) afirma que el bienestar subjetivo se refiere a la evaluación que realiza el individuo de su vida, en función de satisfacción y felicidad, que abarca su relación con factores familiares, sociales, económicos, laborales y personales, e involucra la presencia de afectos positivos y la ausencia de afectos negativos. De igual manera, Henderson y Knight (2012), afirman que un individuo posee bienestar emocional cuando ha experimentado y/o experimenta frecuentemente más emociones positivas que negativas.

Por otro lado, desde la perspectiva eudaimónica, el estudio del bienestar se centra en el desarrollo personal como una función imprescindible de las habilidades personales, y a diferencia de la perspectiva hedónica, toma en consideración tanto las emociones positivas como las negativas (Flecha, 2015; García-Alandete, 2014; Mayordomo et al., 2016; Molina et al., 2008). Al respecto, Carol Ryff (como se citó en Flecha, 2015) propone el término de bienestar psicológico como concepción eudaimónica de bienestar, y lo define como el esfuerzo que realiza el individuo por perfeccionarse y llegar a conseguir la realización del propio potencial. Además, Waterman (1993) afirma que el bienestar psicológico está relacionado con la expresividad personal y la

asignación de sentido a la vida. Más adelante, Vivaldi y Barra (2012) exponen que el bienestar psicológico es un indicador de un funcionamiento positivo en la persona, que facilita el desarrollo de sus capacidades y su crecimiento personal.

El Bienestar psicológico es una variable de gran interés en el adulto mayor, puesto que se ha evidenciado que poseer altos niveles de esta variable, facilita la adaptación del individuo a los cambios propios del envejecimiento (Ferrada y Zavala, 2014; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Ortiz y Castro, 2009; Paredes, 2010; Ramírez et al., 2011; Vivaldi y Barra, 2012). De acuerdo con Erikson (2000), el bienestar constituye la aceptación y adaptación a los cambios que atraviesa un individuo en su vejez; de igual manera, Ortiz y Castro (2009), afirman que el bienestar psicológico en la vejez se evidencia cuando el adulto mayor se adapta a los nuevos estados físicos y psicosociales propios de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra. En este sentido, el presente trabajo pretende abordar el bienestar psicológico del adulto mayor como un indicador del esfuerzo del individuo por desarrollar sus capacidades, alcanzar su propio potencial, adaptarse a los cambios propios de su ciclo vital y para mantener relaciones positivas (Erikson, 2000; Ortiz y Castro, 2009; Ryff, 1989 citado en Flecha, 2015; Vivaldi y Barra, 2012).

Se han realizado diversas investigaciones en torno al bienestar psicológico del adulto mayor y de las variables que influyen en él. En un revisión bibliográfica, realizada por Humboldt y Leal (2014), se analizaron 14 artículos publicados entre los años 2001 a 2012 provenientes de seis países: Estados Unidos, Brasil, China, Alemania, Suiza y Japón, en donde se concluyó que factores sociodemográficos, de salud y psicológicos, así como el apoyo social, el estilo de vida y las estrategias de afrontamiento, poseen una gran importancia en el bienestar psicológico del adulto mayor. Frente a ello, cabe destacar el estudio realizado en Chile por Ferrada y Zavala (2014), sobre el bienestar psicológico de una muestra de adultos que realizan voluntariado, en el que concluyeron

que vivir una vejez activa en el marco de dichas labores, otorga a los adultos mayores un mayor grado de bienestar psicológico. También, Hernández (2017), desarrolló un estudio para indagar el bienestar de una muestra de adultos mayores, en el que concluyó que la edad, condición laboral y las relaciones laborales, son las principales variables que se relacionan con el bienestar psicológico de la muestra evaluada. Por otro lado, Guerra (2015), encontró en su investigación, que los adultos mayores evidenciaban niveles bajos de bienestar psicológico como producto de las escasas relaciones interpersonales y sentimientos de dependencia.

5.4. Modelos teóricos de bienestar psicológico

Dentro de la literatura, el bienestar es abordado principalmente a partir de dos modelos reconocidos: el modelo PERMA y el modelo multidimensional de bienestar psicológico (Meneses, Ruíz y Sepúlveda, 2016; Pineda et al., 2017; Vivaldi y Barra, 2012).

El modelo PERMA propuesto por Seligman (como se citó en Meneses et al., 2016), surgió como respuesta a la necesidad de situar al bienestar como el principal foco de atención de la psicología positiva, y de abordarlo como un constructo medible que se compone de diversos elementos que contribuyen a él. En ese sentido, este autor postula el modelo PERMA, donde el bienestar se constituye de cinco elementos en el que concibe: 1) Positive emotion (emoción positiva), que involucra el número de emociones positivas, en donde a mayor cantidad de ellas, mayor bienestar; 2) Engagement (compromiso), hace referencia al papel de las fortalezas personales sobre las situaciones del día a día, para involucrarse de manera positiva; 3) Relationships (relaciones), implica el manejo constructivo de las relaciones de manera que se fomente la sensación de apoyo y compañía; 4) Meaning (sentido) se refiere al sentido de la vida y el desarrollo de objetivos que van más allá del propio individuo; y 5) Accomplishment (logros)

involucra el establecimiento de metas que generen motivación y la determinación para alcanzarlas (Barahona, Sánchez y Urchaga, 2013; Cordero y Bernal 2017; Domínguez y Ibarra, 2017; Meneses et al., 2016; Pastrana y Salazar-Piñeros, 2016; Seligman, 2016).

Es pertinente destacar que, este autor plantea que cada uno de los elementos debe contar con tres características: contribuir al bienestar, que las personas los busquen como un fin y no como medio para obtener otro elemento, y que su definición no dependa de los demás elementos (Domínguez y Ibarra, 2017; Meneses et al., 2016; Pastrana y Salazar-Piñeros, 2016; Seligman, 2016).

Por otro lado, el modelo multidimensional de bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff (como se citó en Meneses et al., 2016), surge a partir de una integración de los diferentes puntos en común que exponen diversas teorías sobre bienestar psicológico (Meneses et al., 2016); en la que se destacan tres principales precedentes: corrientes médicas y psicológicas de la visión positiva de salud, enfoques de la psicología clínica centrados en el funcionamiento psicológico pleno, y concepciones evolutivas enfocadas en el progreso del individuo (Guerra, 2015; Triadó y Villar, 2008). De esta manera, Carol Ryff (1989), citado en Flecha (2015) propone que el bienestar psicológico se comprende a través de seis dimensiones fundamentales: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

En primer lugar, la dimensión de *autoaceptación* se refiere a evaluación positiva de la vida con respecto al pasado, en donde se involucran la actitud positiva hacia sí mismo, la aceptación de la realidad en que se vive (involucrando componentes tanto positivos como negativos), y el reconocimiento de las habilidades, destrezas y debilidades propias. En segundo lugar, está la dimensión de *relaciones positivas con los demás*, que se define como la capacidad para mantener

relaciones interpersonales estrechas y positivas, rodeadas de respeto, compromiso, intimidad, afecto, empatía y confianza mutua, además, abarca el nivel de satisfacción frente a tales relaciones. En tercer lugar, la dimensión de *autonomía* se relaciona con el sentido de autodeterminación del individuo y el nivel de independencia que se posee, e involucra la capacidad de pensar y actuar a partir de los propios criterios, resistiéndose a la presión social. En cuarto lugar, la dimensión de *dominio del entorno* implica el control y la competencia para el manejo del entorno y el uso efectivo de las oportunidades que este le ofrece, además, incluye la capacidad de elegir, crear o cambiar diversos contextos que se adecuen a las necesidades y los valores propios. En quinto lugar, la dimensión de *propósito en la vida* se define como el significado que el individuo le asigna a su propia vida, en donde se integran las experiencias pasadas, presentes y futuras, e implica la presencia de metas y objetivos vitales delimitados. Y, por último, como sexta dimensión está el *crecimiento personal*, hace referencia al sentimiento de crecimiento, desarrollo continuo y la voluntad personal para construir futuro, también implica la apertura a nuevas experiencias que permitan enriquecerse y realizar el propio potencial (García-Alandete, 2014; Guerra, 2015; Meneses et al., 2016; Ryff y Singer, 2008; Rosa-Rodríguez, Negrón, Maldonado, Toledo y Quiñones, 2015; Triadó y Villar, 2008).

Cabe aclarar que el nivel de desarrollo de cada dimensión no es obligatoriamente paralelo en todo momento, es decir que, la persona puede identificar fortalezas en ciertas dimensiones, y a la vez ir desarrollando otras (Rosa-Rodríguez y Quiñonez, 2012). Además, producto de aquel modelo, Ryff (como se citó en Meneses et al., 2016), desarrolló un instrumento de medición estandarizado de auto-reporte que permite evaluar el bienestar psicológico a través de las seis dimensiones mencionadas anteriormente.

5.5. Bienestar psicológico y su relación con las condiciones contextuales del adulto mayor

Una de las creencias negativas sobre la vejez, es que los adultos mayores, como producto de los diversos cambios biopsicosociales propios de su etapa de vida, presentan necesariamente niveles bajos de bienestar psicológico; no obstante, diversas investigaciones han permitido evidenciar que esta población puede llegar a alcanzar niveles similares a los que muestran las personas en otras etapas del ciclo vital (Flecha, 2015; Hernangómez, Vázquez y Hervás, 2009; Humboldt y Leal, 2014; Sener, 2011). Es pertinente aclarar que aquella similitud no indica que todas las personas mayores cuenten con altos niveles de bienestar psicológico (Flecha, 2015).

En ese sentido, Paredes (2010) afirma que la percepción que tiene el adulto mayor de su nivel de bienestar psicológico surge a partir de los pensamientos, sentimientos y actitudes respecto a sí mismo, su relación con los otros y su contexto. Con relación a este último, Amico (2009) afirma que los efectos dados por el contexto en el que interactúa el adulto mayor determinan el nivel de afrontamiento en el proceso de envejecimiento; de la misma manera, Mayordomo et al. (2016) afirman que el manejo de los contextos adquiere una gran relevancia para la adaptación a la vejez. Teniendo en cuenta que Erikson (2000) y Ortiz y Castro (2009) conciben el bienestar psicológico desde la aceptación y adaptación a los cambios propios de la vejez, se podría decir que el contexto en el que se encuentra el adulto mayor puede constituir un determinante de su bienestar psicológico.

En este orden de ideas, se han desarrollado algunas investigaciones sobre el bienestar psicológico del adulto mayor en diferentes contextos, en donde se destacan las instituciones geriátricas (Flecha, 2015; Guerra, 2015; Paredes, 2010; Ramírez et al., 2011; Vargas y Vargas, 2017). No obstante, aún no es claro que contexto favorece sobre otros, al bienestar psicológico del adulto mayor (Paredes, 2010; Otero, 2017). A pesar de ello, algunos autores concuerdan en que es

importante que el contexto le brinde al adulto mayor las oportunidades necesarias para mantener niveles positivos de bienestar psicológico; es decir, que está vinculado con las condiciones que les ofrece el contexto (Calcaterra, 2015; Flecha, 2015; Guerra, 2015, Hernández, 2017; Paredes, 2010; Otero, 2017). Alrededor de esto, Hernangómez et al. (2009) exponen que existen cuatro aspectos principales que se asocian con el bienestar psicológico del adulto mayor.

El primero es *la importancia de los vínculos*, en donde se resalta que a pesar de que el adulto mayor reduzca su actividad social como producto de una selección de las relaciones más importantes y satisfactorias, el apoyo social sigue teniendo gran importancia sobre el bienestar psicológico, debido a que constituye un elemento protector que genera gratificación y mantiene la autoestima del individuo (Hernangómez et al., 2009). Aquello se demuestra en numerosas investigaciones, las cuales han evidenciado que el apoyo social es una variable que genera efectos positivos sobre el bienestar psicológico del adulto mayor (Flecha, 2015; Guerra 2015; Humboldt y Leal, 2014; Molina et al., 2008; Otero, 2017; Paredes, 2010; Saavedra y Vargas, 2011; Vargas y Vargas, 2017; Vivaldi y Barra, 2012).

Como segundo aspecto esta *mantener una vida activa*, en el que Hernangómez et al. (2009) destacan la importancia de la ejecución de actividad física, como elemento potencializador de la autoeficacia y de las relaciones interpersonales del adulto mayor, y el desarrollo de actividades productivas y significativas, las cuales aportan al crecimiento personal y sentido vital. Dentro de este aspecto, diversos autores destacan la importancia que tienen las actividades de ocio sobre el bienestar psicológico del adulto mayor, puesto que se ha evidenciado que los adultos mayores que realizan con frecuencia diferentes actividades presentan mejores niveles de bienestar psicológico (Carmona-Valdés y Ribeiro-Ferreira, 2010; Ferrada y Zavala, 2014; Flecha, 2015; Hernández, 2017; Hernangómez et al., 2009; Meléndez, Tomás y Navarro, 2009; Paredes 2010).

Al respecto es preciso mencionar que Horgas, Wilms y Baltes (como se citó en Acosta y González-Celis, 2010) afirman que las actividades que realiza el adulto mayor en su vida cotidiana se clasifican en: 1) las actividades obligatorias, también denominadas como actividades básicas de la vida diaria, que aluden al conjunto de tareas cotidianas comunes que son necesarias para el cuidado personal y la autonomía, e implican la evaluación de la coordinación motora, como por ejemplo, vestirse, bañarse, comer, entre otras; estas actividades van dirigidas al mantenimiento propio en términos de supervivencia física, y constituyen un elemento clave en el estatus funcional del adulto mayor; 2) las actividades instrumentales de la vida diaria, al igual que las actividades básicas, se refieren a mantenimiento personal, pero en términos de supervivencia cultural, dicho de otra manera, son aquellas actividades vitales en la función normal del adulto mayor dentro de casa y/o en la sociedad, como por ejemplo, preparar alimentos, usar el transporte público, usar el teléfono, hacer compras, manejar asuntos económicos, entre otros; y 3) las actividades laborales, de ocio y sociales, hacen alusión a aquellas actividades que enriquecen al individuo y lo vinculan comunitariamente, en el que se distinguen tres subtipos: actividades informales, como lo son participar en grupos de adultos mayores, viajar, establecer contacto con familiares, amigos y vecinos; actividades formales, como por ejemplo, clases de manualidades, cuidar personas enfermas, participar en actividades de la iglesia; y las actividades solitarias, que son leer, escuchar radio, ver televisión, entre otras (Acosta y González-Celis, 2010; Calcaterra, 2015; Ekerdt & Koss, 2015).

El tercer aspecto es *cultivar el recuerdo y compartir la vida*, el cual va dirigido principalmente a reconocer la importancia y beneficios que tiene la reminiscencia sobre el bienestar psicológico del adulto mayor, dentro de los que se destacan: el fortalecimiento de la propia identidad a través del reconocimiento en diversos hechos significativos del pasado; el incremento de la sensación de

satisfacción y de sentido de la propia historia como producto de la recuperación de recuerdos; y la generación de vínculos sociales a través de la comunicación de los recuerdos (Hernangómez et al., 2009). De acuerdo con lo anterior, Salazar-Villanea (2012), afirma que la reminiscencia es una tarea transformadora que influye sobre el bienestar del adulto mayor, debido a que repensar y reconocerse en eventos y compromisos significativos en diferentes periodos de la vida, le permite al individuo reflexionar sobre su significado vital. Frente a ello, algunos autores han desarrollado estudios en los que han evidenciado que la intervención desde la reminiscencia favorece el bienestar psicológico del adulto mayor (Fortuna, 2016; Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodríguez & Sales-Galán, 2013; Muñoz, 2013; Wobbeking, Sánchez, Urchaga, Sánchez y García, 2015).

Y, por último, como cuarto aspecto, Hernangómez et al. (2009) plantean las *actitudes positivas*, en donde se distingue la relevancia de mantener actitudes optimistas, como fuente de bienestar, puesto que estas permiten el fortalecimiento de la autoestima y la autoeficacia. En este punto, Hernangómez et al. (2009) resaltan que las actitudes optimistas no implican centrar la atención en el futuro, sino que van enfocadas a vivir intensamente el presente. Alrededor de ello, algunos autores manifiestan que las actitudes positivas constituyen un factor protector sobre el bienestar psicológico del adulto mayor, puesto que aportan a la integración social, la autoestima y la felicidad (Flecha, 2015; Hernández, 2017; Prieto-Flores et al., 2008; Vivaldi y Barra, 2012).

5.6. Efectos positivos y negativos en el bienestar psicológico de la institucionalización y semi-institucionalización

El Ministerio de Salud y Protección Social (2008) expone que los centros de promoción y protección social para personas adultas mayores, conocidos comúnmente como instituciones

geriátricas, son establecimientos dirigidos a prestar servicios de protección y cuidado integral a los adultos mayores, en los que se les ofrecen espacios que favorecen su socialización, recreación, productividad, capacitación y desarrollo.

De esta manera, se distinguen cuatro modalidades bajo las que operan aquellos establecimientos: a) Centros residenciales para personas adultas mayores, que son aquellos que ofrecen hospedaje permanente o temporal, en el que se les brinda alimentación, recreación y actividades productivas, de protección y cuidado integral; cabe añadir que estos establecimientos también pueden ofrecer los servicios que se ofrecen en las otras modalidades (centro día, atención domiciliaria o tele-asistencia); b) Centros día para personas adultas mayores, también denominados centros vida, están destinados a la proyección y cuidado integral del adulto mayor, los cuales funcionan en un horario diurno, durante cinco o seis días a la semana; c) Centros de atención domiciliaria para personas adultas mayores, están dirigidos a brindar servicios domiciliarios, para llegar a proporcionar bienestar al adulto mayor, en su lugar de residencia; y d) Centros de tele-asistencia domiciliaria, como su nombre lo indica, ofrecen atención vía telefónica, y están destinados a la asistencia especializada en crisis médicas, personales o sociales de los adultos mayores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008; Osorio y Salinas, 2016).

Frente a las modalidades de centros residenciales y centros día, en la literatura se ha evidenciado un amplio interés por conocer y comprender los diversos efectos, que generan la estadía y/o asistencia de los adultos mayores a estos establecimientos, sobre su bienestar psicológico (Calcaterra, 2015; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Guerrero-Martelo et al., 2015; Hernández, 2017; Molina et al., 2008; Paredes, 2010; Ramírez et al., 2011; Vargas y Vargas, 2017).

Lo anterior, se asocia comúnmente con el proceso de institucionalización del adulto mayor, debido a que su principal servicio involucra el hospedaje permanente de las personas mayores

(Cubillos, 2013; Osorio y Salinas, 2016). Al respecto, en la literatura se encuentran dos posturas frente a la institucionalización del adulto mayor, por un lado, algunos autores conciben la institucionalización como un factor que afecta negativamente el proceso de adaptación a la vejez de los adultos mayores, debido a que pueden experimentar con mayor posibilidad que los adultos mayores no institucionalizados, sentimientos de pérdida de autonomía como consecuencia de permanecer en un ambiente con horarios y rutinas establecidas y la presencia constante de personal asistencial (Estrada et al., 2013; Guerrero-Martelo et al., 2015; Guevara-Peña, 2016; Hernández, 2017; Muñoz, 2015); por otro lado, se afirma que el proceso de institucionalización constituye un recurso que da respuesta a las necesidades y demandas que surgen en la cotidianidad del adulto mayor a partir de su entrada en la vejez y de los cambios biopsicosociales que acarrea esta etapa del ciclo vital, además, se concibe como un nuevo espacio de socialización en donde el adulto puede fortalecer sus redes de apoyo (Alves, 2013; Cardona-Arango et al., 2017; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Gutiérrez et al., 2016; Hernández, 2017; Quintero, 2016).

Lo anterior se ve reflejado en las diversas investigaciones alrededor del bienestar psicológico de los adultos mayores institucionalizados. Por ejemplo, Guerra (2015), identificó en su estudio, niveles bajos de bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados, y explica que se debe a las condiciones del contexto; del mismo modo, Guevara-Peña (2016) encontró bajos niveles de bienestar psicológico, autoestima y sentimientos negativos en adultos mayores institucionalizados. Al contrario, Cubillos (2013) evidenció la presencia de bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados; así mismo, Flecha (2015) concluyó en un estudio realizado con 66 adultos mayores institucionalizados, que ellos presentan niveles de bienestar similares a los evidenciados en otros contextos. Adicionalmente, se destacan los trabajos de Molina et al. (2008) y Calcaterra (2015), quienes realizaron estudios comparativos del bienestar psicológico entre

adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados; no obstante, sus hallazgos difieren, puesto que Molina et al. (2008) concluyeron en su trabajo que los adultos mayores institucionalizados presentaban niveles más bajos de bienestar que aquellos que no se encontraban institucionalizados; en cambio, Calcaterra (2015) manifiesta que no se evidenciaron diferencias significativas en los niveles de bienestar psicológico de los dos grupos.

Aún no hay un consenso frente a los niveles de bienestar psicológico de los adultos mayores institucionalizados; sin embargo, diversos autores concuerdan en que el bienestar psicológico de esta población se ve afectado principalmente por los recursos y condiciones que ofrezca la institución geriátrica donde resida el adulto, es decir que, si el establecimiento aporta a su adaptación al proceso de envejecimiento, le ofrece la participación en diversas actividades, apoya el fortalecimiento de redes de apoyo, entre otros, el adulto mayor puede presentar niveles positivos de bienestar psicológico (Alves, 2013; Calcaterra, 2015; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Guerrero-Martelo et al., 2015; Hernández, 2017; Molina et al., 2008; Quintero, 2016).

Por otra parte, respecto a la modalidad de centros día, los adultos mayores no se encuentran en un estado total de institucionalización, sin embargo, asisten con frecuencia un establecimiento en donde se les brinda diversos servicios como parte de la protección y cuidado integral del adulto mayor, razón por la cual, a los adultos que asisten a esta modalidad de establecimiento, se les puede reconocer como semi-institucionalizados (De Oliveira, 2015; Manyari, 2016). Algunos autores manifiestan que la participación de los adultos mayores en esta modalidad genera beneficios sobre su bienestar psicológico, puesto que contribuye a dos aspectos importancia: generación de vínculos sociales y el mantenimiento de una vida activa (Manyari, 2016; Paredes, 2010; Ramírez, et al. 2011; Vargas y Vargas, 2017).

En cuanto a los efectos de la semi-institucionalización sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores, Paredes (2010), realizó un estudio en el que evidenció la presencia de niveles positivos de bienestar psicológico en una muestra de adultos mayores semi-institucionalizados, lo cual asocia principalmente a las oportunidades de socialización que les brinda el centro vida al que asisten; del mismo modo, Manyari (2016) desarrolló un trabajo en el que evaluó el bienestar psicológico de adultos mayores semi-institucionalizados, donde concluyó que los niveles altos de bienestar en aquella población se relacionan principalmente con las oportunidades de participar en diferentes actividades de ocio y de establecer nuevos vínculos interpersonales.

Si bien no es posible afirmar si los adultos mayores que acuden a los centros día tienen mayores posibilidades, sobre los que habitan en centros residenciales, de presentar niveles idóneos de bienestar psicológico o viceversa, en la literatura se reconoce que los establecimientos geriátricos, en las dos modalidades, constituyen un factor protector cuando se cuenta con las condiciones adecuadas, el adulto mayor se adapta positivamente y participa de manera activa de las actividades que estos le brindan (Calcaterra, 2015; Guerrero-Martelo et al., 2015; Hernández, 2017; Manyari, 2016; Quintero, 2016; Paredes, 2010; Ramírez, et al. 2011; Vargas y Vargas, 2017).

Capítulo 6

Metodología

6.1. Diseño

La presente investigación corresponde a un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal y de alcance descriptivo-comparativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

6.2. Población

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo con adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados, pertenecientes a instituciones geriátricas y Centros vida de la zona central y norte de la ciudad de Bucaramanga.

6.3. Muestra

La muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga, con edades iguales o superiores a 60 años; subdivididos en 50 adultos mayores en condición de institucionalización y 50 adultos mayores semi-institucionalizados. Dicha muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico y a conveniencia, lo cual, según Hernández et al., 2010, involucra la selección de la muestra por criterios relacionados con las características de la investigación y de los casos disponibles.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta: a) tener 60 años o más, b) ausencia de afectaciones auditivas y/o cognitivas incapacitantes, c) residir en la ciudad de Bucaramanga, d) consentimiento de participación. Así mismo, como criterios de exclusión se consideraron: a) ser menor de 60 años, b) presencia de alguna enfermedad cognitiva y/ o auditiva incapacitante

soportado en historia clínica, c) vivir fuera de la ciudad de Bucaramanga y d) que el adulto mayor no desee participar en la investigación.

6.4. Consideraciones éticas

La presente investigación se acoge a las disposiciones contempladas en la Ley 1090 de 2006, mediante la cual se reglamenta el marco deontológico y bioético del ejercicio del psicólogo en Colombia y la Resolución 8430 de 1993, bajo la cual se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en humanos. Se empleó un consentimiento informado por el cual se informa a los participantes las consideraciones respecto a los objetivos, implicaciones y confidencialidad del estudio, y mediante el cual se acepta la participación en el mismo; así mismo, este trabajo se desarrolló bajo principios éticos de respeto y dignidad, salvaguardando el bienestar y los derechos humanos de los participantes. En esta investigación no se presenta conflicto de intereses, debido a que no se genera ningún beneficio secundario, ni existen personas con lazos de consanguinidad que pudieran hacer parte de la muestra.

6.5. Instrumentos

Ficha sociodemográfica

Elaborada específicamente para el desarrollo del presente proyecto (Ver Anexo 1), mediante la cual se recolectó información general de los adultos mayores participantes en siete aspectos: 1) *características sociodemográficas*, en las que se incluyen edad, género, estado civil y nivel de escolaridad; 2) *características económicas*, que abarca información sobre los ingresos; 3) *características socio-familiares* en donde se indagó sobre el número de personas con quien reside, número de hijos (dirigido solo a los adultos mayores semi-institucionalizados), y apoyo recibido;

4) *características de salud*, en las que se indagó el régimen de salud, frecuencia de asistencia médica, enfermedades y discapacidades; 5) *características de participación*, que comprende las actividades que realiza en la institución (recreativas, deportivas, ocupacionales, entre otras); 6) *hábitos alimenticios*, incluye el grado de alimentación percibido; y 7) *beneficios institucionales*, que abarca medicina, enfermería, psicología, trabajo social, gerontología, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y educación física.

Escala de bienestar psicológico de Carol Ryff

Creada originalmente por Carol Ryff en 1989. Para el presente trabajo se utilizó la adaptación al español por Díaz et al. (2006) y validación en Amsterdam por Dierendonck (2004) (Ver Anexo 2). La escala está compuesta por un total de 39 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de seis alternativas, que van desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo; tiene como objetivo evaluar el bienestar psicológico, a través de seis dimensiones: autoaceptación (6 ítems), relaciones positivas con otras personas (6 ítems), autonomía (8 ítems), dominio del entorno (6 ítems), propósito en la vida (6 ítems), y crecimiento personal (7 ítems) (Díaz et al., 2006). A mayor puntuación, mayores niveles de bienestar psicológico (Díaz et al., 2006); los puntos de corte para determinar el nivel de bienestar psicológico global son: nivel bajo, menor o igual a 122; nivel medio, desde 123 hasta 151; y nivel alto, igual o mayor a 152. Esta escala posee un alfa de Cronbach de .92 (De-Juanas, Limón, y Navarro, 2013).

6.6. Procedimiento

El cumplimiento de los objetivos de esta investigación se desarrolló a través de las siguientes fases:

Fase 1: Contacto con las instituciones

Se realizó el contacto con establecimientos geriátricos de la ciudad de Bucaramanga, de tipo centros residenciales y centros día, para la recolección de la muestra, en donde ofreció información acerca de la investigación, participantes, instrumentos y tiempo requerido.

Fase 2: Selección de muestra

La selección de la muestra se realizó de manera no probabilística y a conveniencia en donde se seleccionaron adultos mayores de centros residenciales geriátricos y centros día de la zona central y norte de la ciudad de Bucaramanga, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos; para lo cual, las instituciones permitieron el acceso para la revisión de las historias clínicas de los usuarios.

Fase 3: Firma de consentimiento informado y aplicación de los instrumentos de evaluación

Se informó a los adultos mayores sobre el objetivo de la investigación, instrumentos a utilizar, beneficios, riesgos, manejo de los datos y condiciones éticas, a través de un consentimiento informado (Ver Anexo 3) el cual fue diligenciado por quienes aprobaron ser parte del presente estudio.

Posteriormente, se realizó la aplicación de la Ficha sociodemográfica y la Escala de bienestar psicológico Ryff, a la muestra establecida, de manera individual con base en citas de aplicación establecidas, dentro del establecimiento geriátrico. El diligenciamiento de los instrumentos tuvo una duración entre 25 y 35 minutos por participante.

Fase 4: Análisis de los datos

Se creó la base de datos con la información obtenida a través de la aplicación de la ficha de datos sociodemográfica y el instrumento a la muestra de adultos mayores. Posteriormente, se realizó el análisis estadístico descriptivo de los datos a través del software estadístico IBM SPSS

versión 24, generando las medidas de tendencia central basadas en la distribución de frecuencias, media, desviación estándar y varianza de los datos.

Finalmente, se desarrolló descriptivamente el análisis comparativo de los niveles de bienestar global de ambos subgrupos, respecto a las variables género, estado civil, edad, nivel de escolaridad, apoyo social recibido, presencia de enfermedad, participación en actividades recreativas, deportivas y ocupacionales, y alimentación.

Capítulo 7

Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos en el presente proyecto de grado. En un primer momento, se enuncian las características sociodemográficas de la muestra global y posteriormente se plasma dicha información por cada subgrupo. En segundo lugar, se describen los resultados de la aplicación de la Escala de Bienestar Psicológico del total de la muestra, y posteriormente se evidencian los hallazgos por subgrupo muestral. En tercer lugar, se presentan los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de bienestar psicológico, del total de la muestra y por subgrupos. Por último, se presenta un análisis comparativo entre bienestar psicológico de los subgrupos muestrales y sus características sociodemográficas.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra total

Variable		Frecuencia (n)	%
Género	Masculino	41	41
	Femenino	59	59
Rango de edad	60 a 64 años	14	14
	65 a 69 años	11	11
	70 a 74 años	21	21
	75 a 79 años	18	18
	80 a 84 años	20	20
	85 a 89 años	14	14
	90 o más años	2	2
Estado civil	Soltero(a)	56	56
	Casado(a)	14	14
	Viudo(a)	21	21
	Separado(a)	6	6
	Unión libre	3	3

Nivel de escolaridad	Primaria incompleta	59	59
	Primaria completa	14	14
	Bachillerato incompleto	10	10
	Universitario	1	1
	Ninguno	16	16
¿De quién recibe apoyo?	Familia y/o amigos	76	76
	Entidades estatales	1	1
	Vecinos	2	2
	Nadie	21	21
Régimen de salud	Subsidiado	61	61
	Contributivo	36	36
	Ninguno	3	3
Asistencia al médico	Semanal	3	3
	Quincenal	4	4
	Mensual	38	38
	Según control médico	27	27
	Casi nunca	28	28
Presencia de enfermedad	Si	54	54
	No	46	46
Tipo de enfermedad	Cardiovascular	4	4
	Cerebrovascular	1	1
	Musculo esquelética	13	13
	Pulmonar	6	6
	Metabólica	29	29
	Psiquiátrica	1	1
	Ninguna	46	46
Presencia de discapacidad	Si	18	18
	No	82	82
Tipo de discapacidad	Auditiva	3	3
	Visual	5	5
	Física	10	10
	Ninguna	82	82
Causa de la discapacidad	De nacimiento	2	2
	Adquirida	16	16

	No aplica	82	82
Actividades recreativas	Diario	4	4
	Semanal	54	54
	Mensual	18	18
	No realiza	24	24
Actividades deportivas	Diario	1	1
	Semanal	24	24
	Mensual	15	15
	No realiza	60	60
Actividades ocupacionales	Diario	30	30
	Semanal	23	23
	Mensual	5	5
	No realiza	42	42
Otras actividades	Paseos	26	26
	Religiosas	36	36
	Talleres de cocina, pintura, música	3	3
	Reuniones familiares	2	2
	No realiza	23	23
	Paseos, reuniones familiares, religiosas	7	7
	Religiosos, familiares	3	3
Alimentación	Buena	70	70
	Regular	28	28
	Mala	2	2
Servicio de psicología	Si	100	100
N° beneficios en la institución	Uno a tres beneficios	19	19
	Cuatro a seis beneficios	63	63
	Siete a nueve beneficios	17	17

Inicialmente en la Tabla 1, se presentan los resultados de la muestra total obtenidos a partir de la ficha sociodemográfica, en donde se reporta que la mayoría de la muestra fueron mujeres (59%); con respecto al rango de edad, la mayoría de la muestra se encuentran en los rangos de 70-74 años (21%), de 80-84 años (20%) y de 75-79 años (18%); así mismo, se destaca que el 56% de los

adultos mayores reporta estar soltero y el 59% tiene un nivel de escolaridad de primaria incompleta. Con relación a las características sociofamiliares, cabe resaltar que el 76% de la muestra afirma recibir apoyo por parte de la familia y/o amigos; sin embargo, se encontró que el 21% de la muestra reporta no recibir apoyo de ningún ente familiar, amigos, vecinos, entidades estatales u otros.

Respecto a las características de salud, se destaca que el 54% reporta tener alguna enfermedad, de las cuales el 29% es de tipo metabólica y el 13% musculoesquelética; sin embargo, el 46% reportó no tener enfermedad alguna; por otro lado, el 82% afirma no tener ninguna discapacidad, en contraste a un 18% que reporta presencia de discapacidad, dentro de las que el 10% es de tipo física.

En cuanto a las características de participación, se resalta que el 54% realiza semanalmente actividades recreativas y el 56% realiza actividades ocupacionales, ya sea diario, semanal o mensualmente; sin embargo, el 60% de los gerontes no realiza ninguna actividad deportiva. Con relación a los hábitos alimenticios, el 70% considera que tiene una buena alimentación.

En cuanto a los beneficios institucionales, dentro de los que se incluyen medicina, enfermería, psicología, trabajo social, gerontología, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y educación física, el 63% afirma que recibe entre a cuatro a seis de estos beneficios por parte de la institución.

Tabla 2.

Características sociodemográficas de la muestra por subgrupos

Variable	Institucionalizados		Semi-institucionalizados		
	n	%	n	%	
Género	Masculino	25	50	16	32
	Femenino	25	50	34	68

Rango de edad	60 a 64 años	2	4	12	24
	65 a 69 años	6	12	5	10
	70 a 74 años	8	16	13	26
	75 a 79 años	10	20	8	16
	80 a 84 años	14	28	6	12
	85 a 89 años	9	18	5	10
	90 o más años	1	2	1	2
Estado civil	Soltero(a)	26	52	30	60
	Casado(a)	8	16	6	12
	Viudo(a)	11	22	10	20
	Separado(a)	5	10	1	2
	Unión libre	0	0	3	6
Nivel de escolaridad	Primaria incompleta	30	60	29	58
	Primaria completa	5	10	9	18
	Bachillerato incompleto	7	14	3	6
	Universitario	1	2	0	0
	Ninguno	7	14	9	18
¿Recibe ingresos?	Si	0	0	43	86
	No	50	100	7	14
Procedencia de los ingresos	Bono del estado y/o familia	0	0	33	66
	Recursos propios	0	0	9	18
	Otros	0	0	1	2
	No aplica	50	100	7	14
¿Con quién vive?	Compañero(a) sentimental	0	0	6	12
	Compañero(a) sentimental e hijo(s)	0	0	7	14
	hijo (a, as, os)	0	0	19	38
	Un amigo (a)	0	0	2	4
	Un vecino (a)	0	0	3	6
	Solo (a)	0	0	13	26
	No aplica	50	100	0	0
¿De quién recibe apoyo?	Familia y/o amigos	36	72	40	80
	Entidades estatales	0	0	1	2
	Vecinos	0	0	2	4
	Nadie	14	28	7	14

Régimen de salud	Subsidiado	32	64	29	58
	Contributivo	16	32	20	40
	Ninguno	2	4	1	2
Médico	Semanal	1	2	2	4
	Quincenal	0	0	4	8
	Mensual	24	48	14	28
	Según control médico	11	22	16	32
	Casi nunca	14	28	14	28
Presencia de enfermedad	Si	18	36	36	72
	No	32	64	14	28
Tipo de enfermedad	Cardiovascular	2	4	2	4
	Cerebrovascular	0	0	1	2
	Musculo esquelética	5	10	8	16
	Pulmonar	3	6	3	6
	Metabólica	7	14	22	44
	Psiquiátrica	1	2	0	0
	Ninguna	32	64	14	28
Presencia de discapacidad	Si	10	20	8	16
	No	40	80	42	84
Tipo de discapacidad	Auditiva	2	4	1	2
	Visual	1	2	4	8
	Física	7	14	3	6
	Ninguna	40	80	42	84
Causa de la discapacidad	De nacimiento	1	2	1	2
	Adquirida	9	18	7	14
	No aplica	40	80	42	84
Actividades recreativas	Diario	0	0	4	8
	Semanal	23	46	31	62
	Mensual	10	20	8	16
	No realiza	17	34	7	14
Actividades deportivas	Diario	1	2	0	0
	Semanal	9	18	15	30
	Mensual	8	16	7	14

	No realiza	32	64	28	56
Actividades ocupacionales	Diario	14	28	16	32
	Semanal	7	14	16	32
	Mensual	1	2	4	8
	No realiza	28	56	14	28
Otras actividades	Paseos	14	28	12	24
	Religiosas	21	42	15	30
	Talleres de cocina, pintura, música	1	2	2	4
	Reuniones familiares	0	0	2	4
	No realiza	14	28	9	18
	Paseos-familiares-religiosas	0	0	7	14
	Religiosas-familiares	0	0	3	6
Alimentación	Buena	34	68	36	72
	Regular	14	28	14	28
	Mala	2	4	0	0
Servicio de psicología	Si	50	100	50	100
Beneficios en la institución	Uno a tres beneficios	14	28	6	12
	Cuatro a seis beneficios	25	50	38	76
	Siete a nueve beneficios	11	22	6	12

En la Tabla 2, se pueden observar las características sociodemográficas de los adultos mayores por subgrupos (institucionalizados y semi-institucionalizados). De la muestra de adultos mayores institucionalizados, se evidencian porcentajes iguales entre hombres y mujeres, en donde el rango de edad de mayor concentración fue de 80-84 años (28%), seguido por el rango de 75 a 79 años (20%) y de 85 a 89 años (18%); por su parte, la muestra de adultos mayores semi-institucionalizados en su mayoría fueron mujeres, con un 68%, en donde los rangos de edad de mayor concentración fueron de 70-74 años (26%), de 60 a 64 años (24%) y de 75 a 79 años (16%). En ambos subgrupos, la mayoría reportaron un estado civil de soltero(a) y un nivel de escolaridad de primaria incompleta.

En cuanto a las características económicas, las cuales solo se aplican al subgrupo de semi-institucionalizados, se resalta que el 86% recibe ingresos, los cuales en su mayoría provienen de bonos del estado y/o familia (66%). Con respecto a características sociofamiliares, el 38% de los adultos mayores semi-institucionalizados vive con hijos (as) y el 26% vive solo; evidenciándose que, en cuanto al apoyo recibido, los dos subgrupos, reportan recibir mayor apoyo por parte de su grupo familiar y/o amigos.

Dentro de las características de salud, el 60% de la muestra de institucionalizados reportó no padecer ningún tipo de enfermedad, por el contrario, del subgrupo de semi-institucionalizados, el 72% reportó tener alguna enfermedad, de las cuales la mayoría corresponde a afecciones metabólicas o musculo esqueléticas, con un 44% y 16% respectivamente; sin embargo, la mayoría de los adultos mayores, tanto institucionalizados como semi-institucionalizados, afirma no tener ninguna discapacidad.

En relación a las características de participación de los adultos mayores institucionalizados, el 46% realiza actividades recreativas semanalmente y el 20% mensualmente; por el contrario, se observó que el 64% no realiza actividades deportivas y el 56% no realiza actividades ocupacionales; por otro lado, el 62% de los adultos mayores semi-institucionalizados realizan actividades recreativas semanalmente y el 72% ejecuta actividades ocupacionales, con frecuencia diaria, semanal o mensual; sin embargo, el 56% no realiza actividades deportivas.

Dentro de los hábitos alimenticios, se resalta que la mayoría de los participantes de ambos grupos muestrales consideran tener una buena alimentación. Evidenciando que, en cuanto a los beneficios institucionales, como los son el acceso a atención por parte de las disciplinas de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, gerontología, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, y educación física; en ambos subgrupos, la mayoría afirma que recibe entre cuatro

y seis beneficios institucionales; cabe añadir que la totalidad de la muestra reporta recibir servicio de psicología o terapias en la institución.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de bienestar psicológico global en adultos institucionalizados y semi-institucionalizados

	N	Media	Desv. Estándar	Varianza
Institucionalizados	50	162,6	26,7	712,8
Semi-Institucionalizados	50	159,3	23,6	558,6
Muestra total	100	161,0	25,1	631,9

Por otro lado, con respecto a la Escala de Bienestar Psicológico, en la Tabla 3 se presentan las puntuaciones promedio de bienestar psicológico global, así como su desviación estándar y varianza, obtenidos por la muestra total y por subgrupos. Se evidencia que los adultos mayores evaluados presentan un nivel de bienestar psicológico global alto ($\bar{x}=161$), en donde los adultos mayores institucionalizados presentan una media de bienestar psicológico global de 162,6 y los adultos mayores semi-institucionalizados de 159,5.

De acuerdo con esto, en la Figura 1, se presentan los niveles de bienestar psicológico global de la muestra total, en donde se evidencia que la mayoría de la muestra de adultos mayores presenta niveles altos de bienestar psicológico (66%), y solo el 7% de la muestra total presenta un bienestar psicológico global bajo.

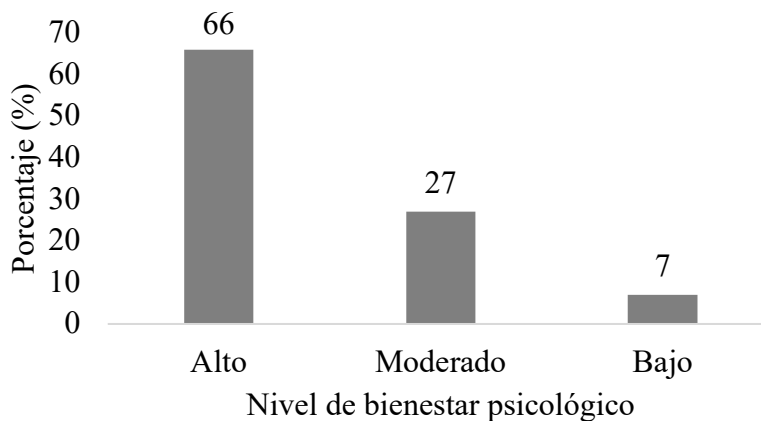


Figura 1. Bienestar psicológico global de la muestra total

Así mismo, en la Figura 2 se presentan los niveles de bienestar psicológico global de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados. En donde se evidencia que, en ambos subgrupos, la mayoría de los adultos mayores presentan niveles altos de bienestar psicológico global.

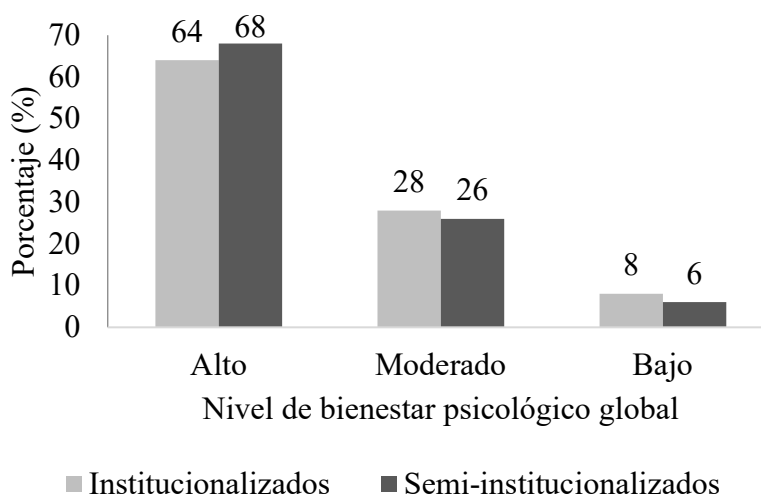


Figura 2. Bienestar psicológico global por subgrupos muestrales

En complemento, seguidamente se presentan las puntuaciones promedio de cada una de las dimensiones asociadas al bienestar psicológico de la muestra total, con sus respectivos valores mínimos y máximos, desviaciones estándar y varianza (Ver Tabla 4). Así, se evidencia que la

dimensión de autonomía tiene la puntuación media más alta ($\bar{x}=32,5$), y la dimensión de relaciones positivas fue la que obtuvo una menor puntuación media ($\bar{x}=19,7$).

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de bienestar psicológico de la muestra total

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar	Varianza
Autoaceptación	14	36	26,6	5,5	30,3
Relaciones positivas	6	36	19,7	6,7	45,5
Autonomía	13	48	32,5	7,0	48,5
Dominio del entorno	13	36	27,6	4,7	22,4
Propósito en la vida	8	36	26,2	6,4	40,4
Crecimiento personal	16	42	29,3	5,6	31,8

De igual manera, en la Tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos de las dimensiones de bienestar psicológico por subgrupos muestrales. En donde cabe resaltar que, tanto en adultos mayores institucionalizados como semi-institucionalizados, la puntuación media más alta se presenta en la dimensión de autonomía, y la más baja se evidencia en la dimensión de relaciones positivas.

Tabla 5.

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de bienestar psicológico por subgrupos muestrales

Dimensión	Institucionalizados			Semi-institucionalizados		
	Media	Desv. Estándar	Varianza	Media	Desv. Estándar	Varianza
Autoaceptación	27,0	6,1	37,3	26,2	4,9	23,7
Relaciones positivas	19,8	7,6	58,3	19,6	5,8	33,8
Autonomía	33,2	6,0	36,4	31,7	7,8	60,3
Dominio del entorno	27,8	5,2	27,3	27,4	4,2	18,0
Propósito en la vida	25,9	7,3	54,0	26,5	5,2	27,4
Crecimiento personal	29,4	6,2	38,1	29,1	5,1	26,1

A continuación, se presentan los niveles de cada una de las dimensiones asociadas al bienestar psicológico, obtenidos por el total de la muestra, y posteriormente por subgrupos muestrales. En la Figura 3 se presentan los niveles la dimensión de autoaceptación asociada al bienestar psicológico de la muestra total, en donde se evidencia que la mayoría de los adultos mayores de la muestra, se encuentran en un nivel medio (65%).

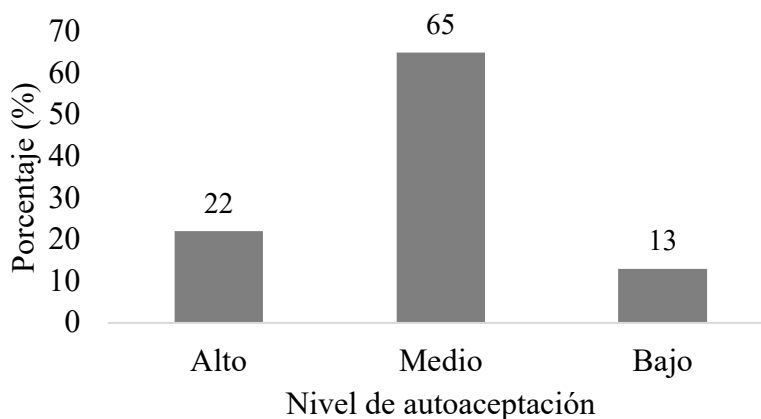


Figura 3. Dimensión de autoaceptación de la muestra total

Así mismo, en la Figura 4 se presentan los niveles la dimensión de relaciones positivas con otros de la muestra total, en donde se puede observar que la mayoría de los adultos mayores de la muestra tienen un nivel bajo de esta dimensión (51%); sin embargo, también una gran parte de la muestra evidencia un nivel medio (47%).

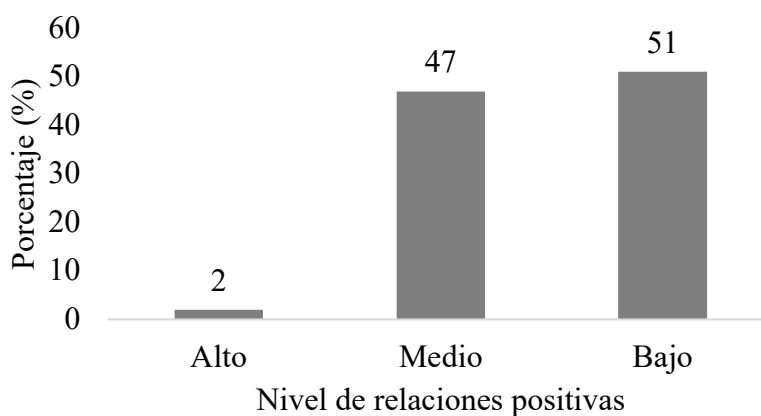


Figura 4. Dimensión de relaciones positivas con otros de la muestra total

Con relación a la dimensión de autonomía, en la figura 5 se evidencia que, al igual que en la dimensión de autoaceptación, la mayoría de los adultos mayores de la muestra presentan un nivel medio en esta dimensión del bienestar psicológico (58%).

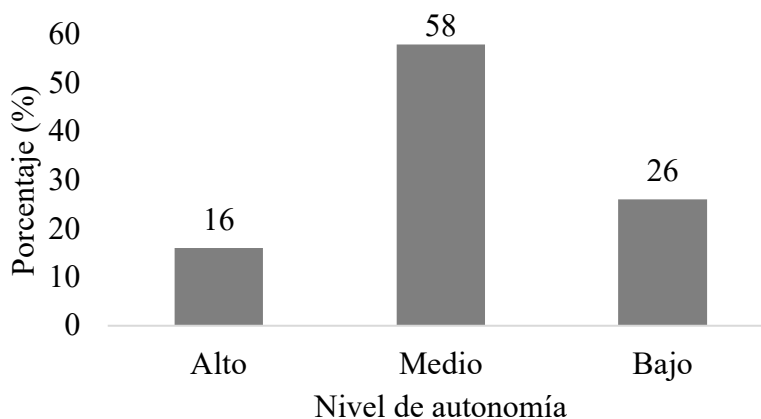


Figura 5. Dimensión de autonomía de la muestra total

De igual forma, en la Figura 6 se pueden observar los niveles en la dimensión de dominio del entorno de la muestra total, en donde se resalta que la mayoría se ubica en un nivel medio (48%); no obstante, gran cantidad de la muestra también puntúa un nivel alto en esta dimensión (38%).

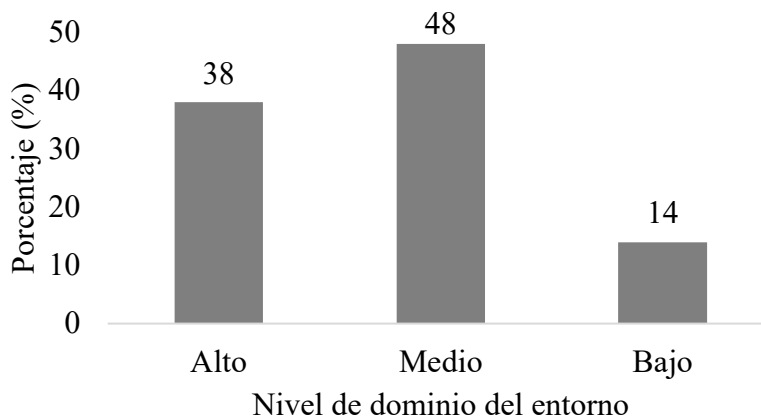


Figura 6. Dimensión de dominio del entorno de la muestra total

En cuanto a la dimensión de propósito en la vida, en la Figura 7 se evidencia que la mayoría de los adultos mayores de la muestra presenta un nivel medio en esta dimensión (57%).

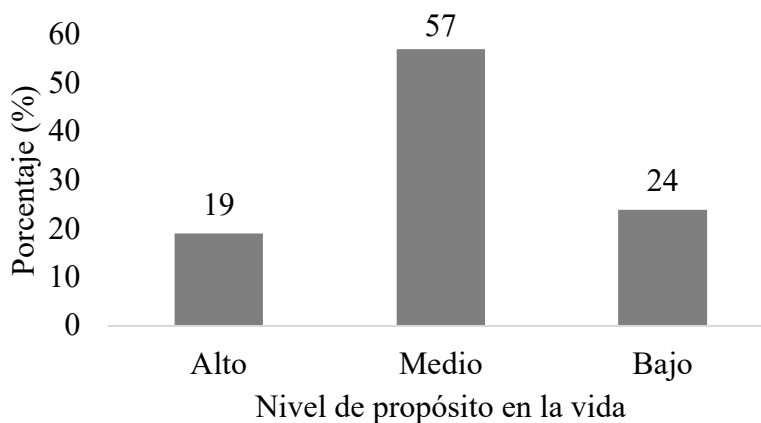


Figura 7. Dimensión propósito en la vida de la muestra total

Así mismo, en la figura 8, se puede observar que la mayoría de la muestra de adultos mayores (54%) se encuentra en un nivel medio en la dimensión de crecimiento personal; no obstante, cabe señalar que el 34% se ubica en un nivel bajo.

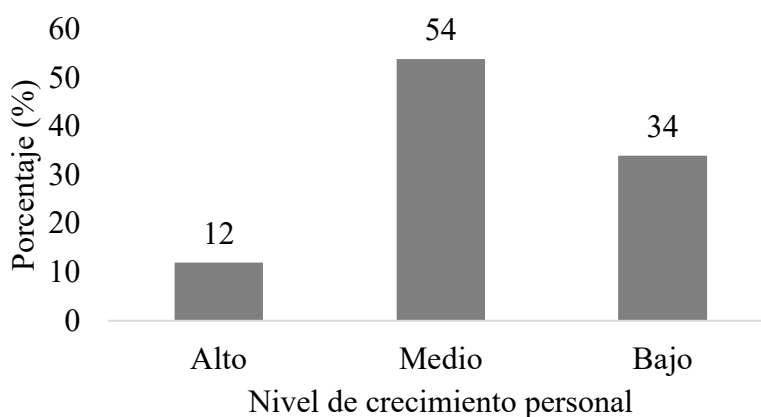


Figura 8. Dimensión de crecimiento personal del entorno de la muestra total

Por otro lado, en la Figura 9 se presenta el nivel de autoaceptación de los adultos mayores institucionalizados, contrastados con el de los adultos mayores semi-institucionalizados, en donde se evidencia que la mayoría de ambos subgrupos se encuentra en un nivel medio; sin embargo, se presenta un mayor nivel alto de autoaceptación en adultos mayores institucionalizados (26%).

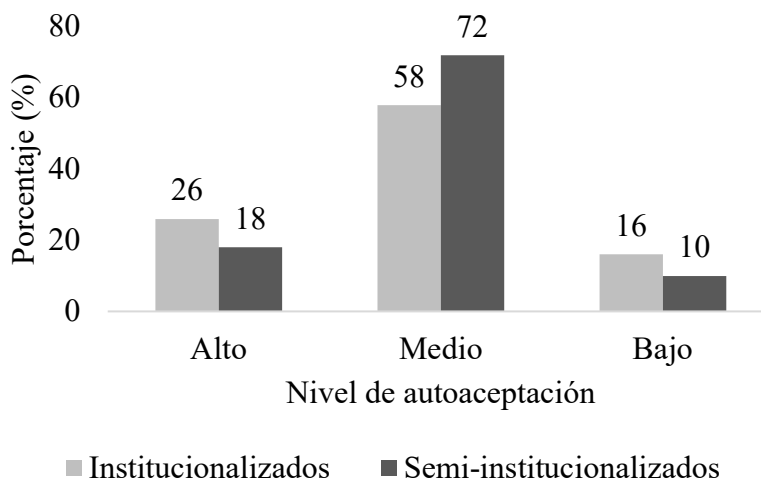


Figura 9. Dimensión de autoaceptación por subgrupos muestrales

Así mismo, en la Figura 10 se evidencia que los adultos mayores institucionalizados presentan con mayor porcentaje un nivel medio en la dimensión de relaciones positivas con otros (52%), sin embargo, es pertinente resaltar que gran parte de este subgrupo obtuvo un nivel bajo (46%); por el contrario, los adultos mayores semi-institucionalizados evidencian mayormente un nivel bajo en esta dimensión (56%).

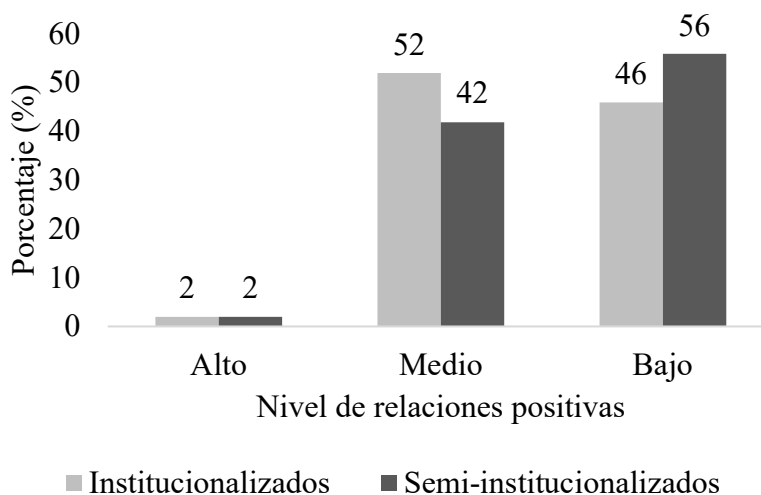


Figura 10. Dimensión de relaciones positivas con otros por subgrupos muestrales

Los niveles de autonomía por subgrupo muestral se presentan en la Figura 11, en donde se resalta que, tanto los adultos mayores institucionalizados, como los semi-institucionalizados, evidencian un nivel medio de esta dimensión.

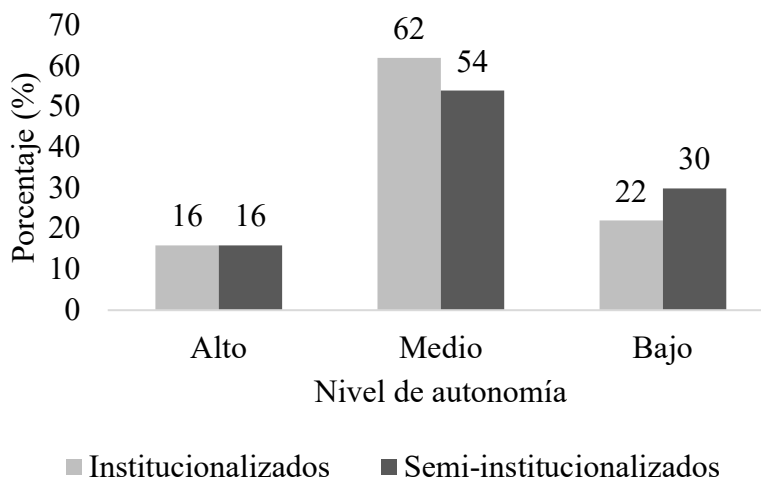


Figura 11. Dimensión de autonomía por subgrupos muestrales

De igual modo, en la Figura 12 se evidencia que los dos subgrupos muestrales presentan con mayor frecuencia un nivel medio en la dimensión de dominio del entorno; no obstante, también se puede observar que gran cantidad de adultos mayores, tanto institucionalizados como semi-institucionalizados, evidencian un nivel alto de esta dimensión, en donde los institucionalizados presentan un mayor porcentaje (40%).

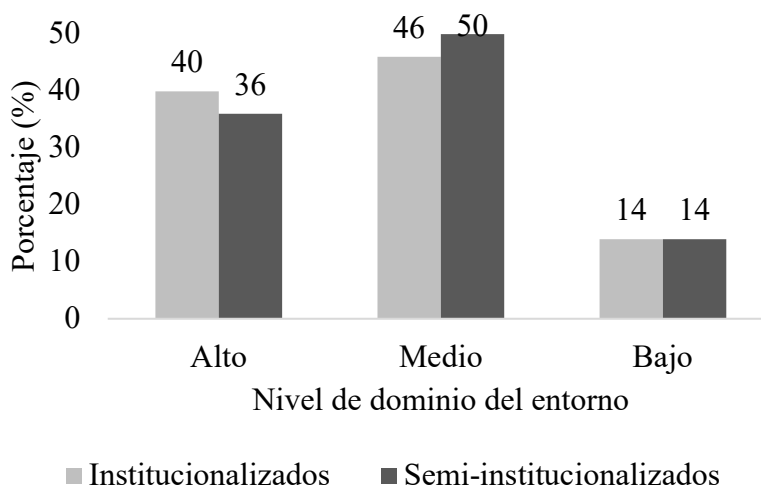


Figura 12. Dimensión de dominio del entorno por subgrupos muestrales

En cuanto a la dimensión de propósito en la vida, en la Figura 13 se observa que los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados, presentan mayormente un nivel medio, en donde los semi-institucionalizados evidencian un mayor porcentaje (70%); no obstante, se destaca que el 30% de los institucionalizados evidencian un nivel bajo en esta dimensión.

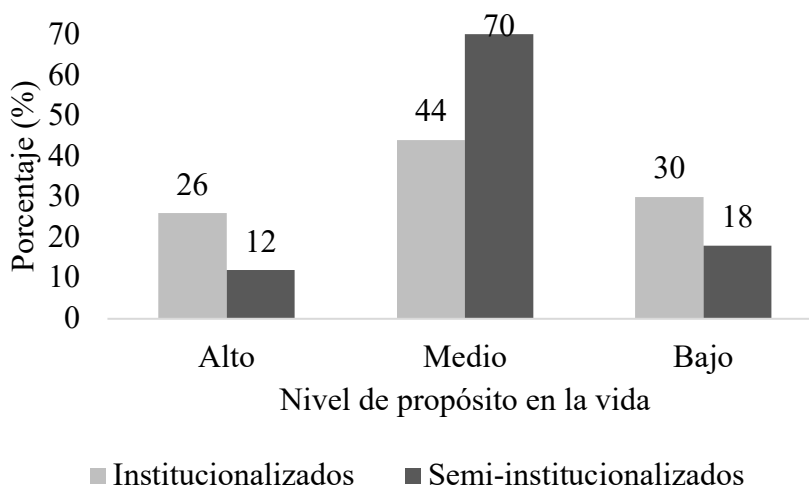


Figura 13. Dimensión de propósito en la vida por subgrupos muestrales

Finalmente, en la Figura 14 se evidencia que la mayoría de la muestra, tanto los adultos mayores institucionalizados como los semi-institucionalizados, presentan un nivel medio en la dimensión de crecimiento personal; sin embargo, cabe resaltar que el 36% de los institucionalizados y el 32% de los semi-institucionalizados, evidencian un nivel bajo en esta dimensión.

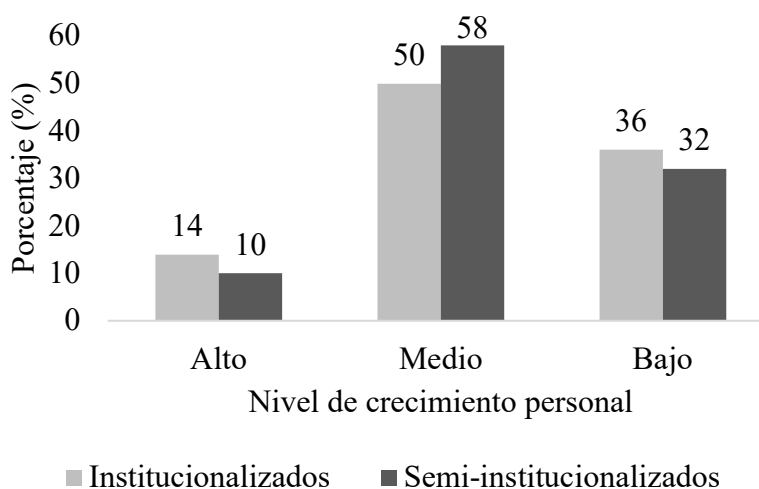


Figura 14. Dimensión de crecimiento personal por subgrupos muestrales

7.1. Análisis comparativo

En este apartado se presenta un análisis comparativo del bienestar psicológico y algunas características sociodemográficas entre adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados. Dentro de las características sociodemográficas se incluyeron las variables género, rango de edad, estado civil, nivel de escolaridad, presencia de enfermedad, realización de actividades (recreativas, deportivas y ocupacionales) y alimentación.

Inicialmente, en la Tabla 6 se presenta la comparación entre el nivel de bienestar psicológico global y la variable “género” en los subgrupos de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados. De esta manera, se evidencia que las mujeres en condición de institucionalización presentan un mayor nivel de bienestar psicológico (68%) en comparación a los hombres institucionalizados (60%). Así mismo, en el sub-grupo de adultos semi-institucionalizados, considerando la heterogeneidad en la distribución de la muestra, se denota un mayor nivel de bienestar psicológico en el género femenino con un 58,8%, evidenciado en un nivel de bienestar “alto” y un 35,3% de adultas mayores que reportan un nivel de bienestar “medio”.

Tabla 6.

Género y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Género		Nivel de Bienestar Psicológico Global (%)		
	Categoría	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Femenino	25	68	20	12
	Masculino	25	60	36	4
Semi-Institucionalizados	Femenino	34	58,8	35,3	5,9
	Masculino	16	87,4	6,3	6,3

De igual manera, en la Tabla 7 se puede observar la comparación entre bienestar psicológico y el rango de edad de los dos subgrupos muestrales. En ese sentido, se evidencia que de los adultos mayores institucionalizados con un rango de edad de 75-79 años (n= 10), el 60% presentan un nivel de bienestar psicológico alto; de igual manera, aquellos adultos del rango de 80 a 84 años (n=14), presentan en su mayoría un nivel alto de bienestar (64,3%); así mismo, el 77,8% de los adultos institucionalizados con edades entre 85 y 89 años, evidencian un nivel alto. Por otro lado, en el subgrupo de semi-institucionalizados, se destaca que el 58% de los adultos ubicados en el rango de edad de 60-64 años (n=12), el 69,9% de los del rango de 70-74 años (n=13) y el 75% de los de 75-79 años (n=8), presentan niveles altos de bienestar psicológico global.

Tabla 7.

Edad y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Edad		Nivel de Bienestar Psicológico Global (%)		
	Rango	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	60-64	2	50	50	0
	65-69	6	83,3	16,7	0
	70-74	8	37,5	62,5	0
	75-79	10	60	20	20
	80-84	14	64,3	28,6	7,1
	85-89	9	77,8	11,1	11,1
	90 o más	1	100	0	0
Semi-Institucionalizados	60-64	12	58,3	33,3	8,4
	65-69	5	100	0	0
	70-74	13	69,2	38,8	0
	75-79	8	75	25	0
	80-84	6	50	33,3	16,7
	85-89	5	60	20	20
	90 o más	1	100	0	0

Así mismo, en la Tabla 8, se presenta la comparación entre el nivel de bienestar psicológico global y la variable “estado civil” en los subgrupos de adultos mayores. En el subgrupo de los institucionalizados se puede observar que el 50% de los adultos con un estado civil soltero (n=26) presentan un nivel de bienestar psicológico alto y el 42,3% presentan un nivel medio; de igual manera, en el subgrupo de semi-institucionalizados, la mayoría de los adultos mayores solteros (n=30) evidencian un nivel de bienestar alto (66%). Así mismo, se evidenciaron niveles altos de bienestar en los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados que reportaron ser viudos.

Tabla 8.

Estado civil y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Estado civil		Nivel de Bienestar Psicológico Global (%)		
	Categoría	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Soltero	26	50	42,3	7,7
	Casado	8	87,5	12,5	0
	Viudo	11	72,7	9,1	18,2
	Separado	5	80	20	0
	Unión libre	0	0	0	0
Semi-Institucionalizados	Soltero	30	66,7	23,3	10
	Casado	6	83,3	16,7	0
	Viudo	10	60	40	0
	Separado	1	100	0	0
	Unión libre	3	100	0	0

De igual modo, en la Tabla 9 se compara el bienestar psicológico global y el nivel de escolaridad de la muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados; en donde se resalta que la mayoría del subgrupo de los institucionalizados con un nivel de primaria incompleta (n=30) presentan un nivel de bienestar psicológico alto (66,7%); así mismo, la mayoría del

subgrupo de semi-institucionalizados con un nivel de primaria incompleta (n=29) evidencian un nivel de bienestar alto (62,1%).

Tabla 9.

Escolaridad y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Escolaridad		Nivel de Bienestar Psicológico Global (%)		
	Nivel	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Primaria incompleta	30	66,7	23,3	10
	Primaria completa	5	80	20	0
	Bachillerato incompleto	7	71,4	28,6	0
	Bachillerato completo	0	0	0	0
	Universitario	1	100	0	0
	Ninguno	7	28,6	57,1	14,3
Semi-Institucionalizados	Primaria incompleta	29	62,1	31	6,9
	Primaria completa	9	88,9	0	11,1
	Bachillerato incompleto	3	20	80	0
	Bachillerato completo	0	0	0	0
	Universitario	0	0	0	0
	Ninguno	9	55,6	44,4	0

En la Tabla 10 se presenta la comparación entre el nivel de bienestar psicológico global y el apoyo social reportado por los subgrupos muestrales. Con respecto a los adultos mayores institucionalizados, el 69,4% de los que afirman percibir apoyo por parte de familia y amigos (n=36) evidencian un nivel de bienestar psicológico alto; de igual manera, en cuanto al subgrupo de semi-institucionalizados, el 72,5% de los adultos que perciben apoyo de familia y amigos (n=40) presentan un nivel alto de bienestar.

Tabla 10.

Apoyo social y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Apoyo social		Nivel de Bienestar psicológico Global (%)		
	Categoría	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Familia y amigos	36	69,4	25	5,6
	Entidades estatales	0	0	0	0
	Vecinos	0	0	0	0
	Nadie	14	42,9	42,9	14,2
Semi-Institucionalizados	Familia y amigos	40	72,5	22,5	5
	Entidades estatales	1	100	0	0
	Vecinos	2	0	50	50
	Nadie	7	57,1	42,9	0

Del mismo modo, en la Tabla 11 se compara el bienestar psicológico global con la presencia de enfermedad de los subgrupos de adultos mayores. Se destaca que el 59% de los adultos mayores institucionalizados que reportaron no tener ninguna enfermedad (n=32) evidencian un nivel de bienestar psicológico alto; sin embargo, es importante destacar que un 72,2% de dicho subgrupo, a pesar de reportar presencia de enfermedad (n=18) puntúan un nivel de bienestar alto. Por el contrario, la mayoría de los adultos semi-institucionalizados que reportaron tener alguna enfermedad (n=36) presentan altos niveles de bienestar (63,9%).

Tabla 11.

Presencia de enfermedad y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Enfermedad		Nivel de Bienestar psicológico Global (%)		
	Presencia	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Si	18	72,2	16,7	11,1
	No	32	59,4	34,4	6,2

Semi-Institucionalizados	Si	36	63,9	30,6	5,5
	No	17	78,6	14,3	7,1

Por otro lado, en la Tabla 12 se puede observar la comparación entre bienestar psicológico y la realización de actividades recreativas de los dos subgrupos muestrales. De esta manera, se evidencia que el 65,2% de los adultos mayores institucionalizados que realizan actividades recreativas semanalmente (n=23) y el 60% que las realiza mensualmente (n=10), presentan niveles de bienestar psicológico alto. De igual forma, la mayoría de los semi-institucionalizados que realizan estas actividades semanalmente (n=31) evidencian niveles altos de bienestar (71%).

Tabla 12.

Realización de actividades recreativas y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Actividades recreativas		Nivel de Bienestar psicológico Global (%)		
	Categoría	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Diario	0	0	0	0
	Semanal	23	65,2	21,8	13
	Mensual	10	60	30	10
	No realiza	17	58,8	41,2	0
Semi-Institucionalizados	Diario	4	100	0	0
	Semanal	31	71	25,8	3,2
	Mensual	8	62,5	25,2	12,3
	No realiza	7	42,9	42,9	14,2

Del mismo modo, en la Tabla 13 se presentan la comparación entre el nivel de bienestar psicológico global y la realización de actividades deportivas en los subgrupos de adultos mayores. En ese sentido, se resalta que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados que no realizan actividades deportivas (n=32) presentan un nivel de bienestar psicológico alto (56,3%); así mismo, la mayoría de los adultos mayores semi-institucionalizados que no realizan actividades deportivas (n=28) presentan un nivel de bienestar psicológico alto (71,4%). Sin embargo, es importante

destacar que el 88,9% de los adultos institucionalizados y el 67,7% de los semi-institucionalizados que realizan actividades deportivas semanalmente, reportan niveles altos de bienestar psicológico.

Tabla 13.

Realización de actividades deportivas y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Actividades Deportivas		Nivel de Bienestar psicológico Global (%)		
	Categoría	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Diario	1	0	100	0
	Semanal	9	88,9	11,1	0
	Mensual	8	75	25	0
	No realiza	32	56,3	31,3	12,4
Semi-Institucionalizados	Diario	0	0	0	0
	Semanal	15	67,7	26,7	5,6
	Mensual	7	57,1	14,3	28,6
	No realiza	28	71,4	28,6	0

De igual forma, en la Tabla 14 se compara el bienestar psicológico global y la realización de actividades ocupacionales de la muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados. En cuanto al subgrupo de institucionalizados, la mayoría de los adultos que no realizan estas actividades (n=28), presentan niveles altos de bienestar psicológico (67,9%), por otro lado, el 57,1% de este subgrupo que realiza dichas actividades diariamente (n=14) evidencian niveles altos de bienestar psicológico y el 42,9% niveles medios, así mismo el 71,4% de los institucionalizados que realizan estas actividades semanalmente (n=7), evidencian un bienestar psicológico alto, sin embargo, ninguno presenta niveles moderados. Respecto al subgrupo de semi-institucionalizados, el 56% de los adultos que realizan actividades ocupacionales diariamente (n=16) presentan un nivel de bienestar medio, el 81% de los que las realizan semanalmente (n=16)

tienen un bienestar psicológico alto, y el 71% que no realiza estas actividades (n=14) evidencian niveles altos de bienestar.

Tabla 14.

Realización de actividades ocupacionales y nivel de bienestar psicológico global de los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Actividades Ocupacionales		Nivel de Bienestar psicológico Global (%)		
	Categoría	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Diario	14	57,1	42,9	0
	Semanal	7	71,4	0	28,6
	Mensual	1	100	0	0
	No realiza	28	67,9	28,6	3,5
Semi-Institucionalizados	Diario	16	43,7	56,3	0
	Semanal	16	81,3	12,5	6,2
	Mensual	4	100	0	0
	No realiza	14	71,4	14,3	14,3

Finalmente, en la Tabla 15 se presentan la comparación entre el nivel de bienestar psicológico global y el nivel de alimentación en los subgrupos de adultos mayores. En donde se destaca que el 64,7% del subgrupo de institucionalizados que considera tener buena alimentación (n=34) tiene un nivel de bienestar psicológico alto, del mismo modo, el 64,4% de los semi-institucionalizados que considera tener buena alimentación (n=36) presentan bienestar psicológico alto. De igual manera, es importante señalar que, en ambos grupos, 14 adultos consideran su alimentación “regular”, donde la mayoría tienen niveles de bienestar psicológico alto; no obstante, se presenta un mayor porcentaje de los semi-institucionalizados en el nivel bajo (14,3%).

Tabla 15.

Nivel de alimentación y de bienestar psicológico global de los adultos mayores

institucionalizados y semi-institucionalizados

Subgrupo	Alimentación		Nivel de Bienestar psicológico Global (%)		
	Nivel	n	Alto	Moderado	Bajo
Institucionalizados	Buena	34	64,7	26,5	8,8
	Regular	14	64,3	28,6	7,1
	Mala	2	50	50	0
Semi- Institucionalizados	Buena	36	64,4	27,8	7,8
	Regular	14	64,3	21,4	14,3
	Mala	0	0	0	0

Capítulo 8

Discusión

El objetivo general del presente trabajo de investigación fue comparar el bienestar psicológico de una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga. Para llevar a cabo su cumplimiento se considera conveniente discutir a la luz de la literatura, los resultados más relevantes obtenidos en todo el proceso investigativo, para así, dar cuenta de las características sociodemográficas, el bienestar psicológico de la muestra y el análisis comparativo entre los subgrupos muestrales.

Para comenzar, respecto a las características sociodemográficas más relevantes, se evidenció un mayor predominio del género femenino en la muestra total de adultos mayores, lo cual concuerda con lo reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018), los cuales afirman que en la vejez hay una mayor proporción de mujeres que de hombres. En cuanto a los rangos de edad, se evidenció que los adultos mayores institucionalizados son evidentemente más longevos, que los semi-institucionalizados, puesto que la mayor frecuencia de edad en el subgrupo de institucionalizados oscila entre 75 y 89 años, en cambio, la mayoría de la muestra del subgrupo de semi-institucionalizados se encuentra entre los 60 y 79 años. Frente a ello, cabe señalar que Cardona-Arango et al. (2010) expone que los adultos de 75 años en adelante frecuentemente acuden a la institucionalización, debido a que a partir de esa edad tienden a aumentar su nivel de dependencia y empiezan a requerir progresivamente mayor apoyo.

Con relación a las características sociofamiliares, llama la atención que a pesar de que más de la mitad de la muestra de institucionalizados viven con un compañero sentimental y/o hijos, una importante cantidad reporto vivir solo, lo cual los convierte en una persona potencial para recurrir

a una institución geriátrica, debido a que puede no contar con algún apoyo si llegan a surgir condiciones de enfermedad crónica o dependencia. Adicionalmente, se destaca la variable de apoyo recibido, en donde tanto el subgrupo de institucionalizados como el de semi-institucionalizados, reportó recibirlo principalmente de su grupo familiar y/o amigos; sin embargo, en la literatura, se señala que una de las problemáticas significativas de dichas personas es la carencia de apoyo tangible, puesto que la necesidad la institucionalización y de asistir a los centros día (semi-institucionalización) se debe frecuentemente a que los adultos mayores se enfrentan a la falta de apoyo y la soledad por parte de su entorno familiar (Alves, 2013; Guerrero-Martelo et al., 2015; Gutiérrez et al., 2016; Rubio et al., 2011).

En segundo lugar, con respecto a la medición del nivel de bienestar psicológico global de la muestra de adultos mayores a través de la prueba Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se evidenció un nivel alto en la mayoría de la muestra, en donde el subgrupo de semi-institucionalizados presentó un leve predominio; sin embargo, con relación a la media de bienestar global, es relevante mencionar que los institucionalizados evidenciaron un puntaje mayor que los semi-institucionalizados. Lo evidenciado concuerda con lo expuesto en estudios como en el de Ferrada y Zavala (2014) y el de Manyari (2016), en donde se encontraron también niveles altos de bienestar psicológico global en adultos mayores. Este hallazgo contrasta la creencia negativa sobre los adultos mayores, en la que se da por hecho que esta población posee niveles bajos de bienestar psicológico como producto de los diferentes cambios biopsicosociales propios de su ciclo vital (Flecha, 2015; Hernangómez et al., 2009; Humboldt y Leal, 2014; Sener, 2011); además, difiere con los resultados encontrados en estudios como el de Guerra (2015), el de Molina et al. (2008) y el de Otero (2008) en donde evidenciaron niveles bajos de bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

De acuerdo con Ryff y Singer (2008), niveles altos de bienestar psicológico se relacionan con el planteamiento de metas, generando un objetivo y un sentido en su vida, la asignación de un significado positivo a las experiencias vividas y la adopción de creencias que brinden soporte; además, diversos autores afirman que niveles altos de esta variable en adultos mayores se asocian generalmente con la aceptación y adaptación a los cambios biopsicosociales de la vejez, así como de su capacidad para desarrollar sus habilidades y su potencial, adoptar una perspectiva positiva de lo vivido, mantener relaciones interpersonales positivas y de participar activamente en su entorno (Erikson, 2000; Ferrada y Zavala, 2014; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Paredes, 2010; Ramírez et al., 2011; Ortiz y Castro, 2009; Vivaldi y Barra, 2012).

Además, teniendo en cuenta que la muestra del presente estudio se compone de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados, cabe señalar que en la literatura se destaca la importancia que tiene el contexto sobre el bienestar psicológico de esta población (Calcaterra, 2015; Flecha, 2015; Guerra, 2015, Hernández, 2017; Paredes, 2010; Otero, 2017); si bien es cierto que aún no hay un consenso sobre que contexto es más beneficioso sobre otros, diversos autores concuerdan en que el bienestar psicológico está vinculado a las condiciones y oportunidades que el contexto ofrece, razón por la cual, se afirma que la presencia de niveles altos de bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados, puede indicar que el establecimiento geriátrico está brindando las oportunidades, recursos y condiciones necesarias para evidenciar aquel nivel de bienestar (Alves, 2013; Calcaterra, 2015; Flecha, 2015; Guerra, 2015, Guerrero-Martelo et al., 2015; Hernández, 2017; Molina et al., 2008; Paredes, 2010; Otero, 2017).

En tercer lugar, frente a la evaluación de las dimensiones asociadas al bienestar psicológico en los subgrupos muestrales de adultos mayores, se evidenció en la dimensión de autoaceptación que

la mayoría de la muestra se ubica un nivel medio, en donde los adultos mayores institucionalizados presentaron en un mayor porcentaje niveles altos, en contraste con los semi-institucionalizados; frente a este hallazgo, cabe señalar que Meneses et al. (2016) afirman que la presencia de esta dimensión refleja que el individuo conoce y acepta diferentes aspectos de sí mismo, incluyendo cualidades buenas y malas, y posee una actitud positiva hacia sí mismo y sobre el pasado.

Por otro lado, en la dimensión de relaciones positivas con otros, la mayoría de la muestra de adultos mayores institucionalizados demostró niveles medios; sin embargo, un importante porcentaje evidenció niveles bajos en esta dimensión; por el contrario, la mayoría de la muestra de semi-institucionalizados presentó niveles bajos en esta dimensión, no obstante, una gran cantidad evidenció un nivel medio. Además, en los dos subgrupos muestrales, la dimensión de relaciones positivas presentó los niveles más bajos en comparación con las demás. Frente a este hallazgo, se puede decir que, el subgrupo de institucionalizados reporta mejores recursos en esta dimensión que el subgrupo de semi-institucionalizados, lo cual, de acuerdo con diversos autores, se debe a que la institucionalización puede constituir para el adulto mayor un nuevo espacio de socialización en el que puede llegar a crear mantener y/o fortalecer diferentes redes de apoyo (Alves, 2013; Cardona-Arango et al., 2017; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Gutiérrez et al., 2016; Hernández, 2017; Quintero, 2016). En cambio, respecto a los niveles bajos en relaciones positivas con otros del subgrupo de semi-institucionalizados, Monterroso (2013) afirma que, a pesar de que reciben diversos beneficios en la institucionales y tienen oportunidades de relacionarse en la institución, pueden estar enfrentando problemáticas externas en su diario vivir, dentro de las que se incluyen la soledad, el aislamiento y falta de apoyo (Alves, 2013; Rubio et al., 2011). Es pertinente señalar, que de acuerdo con Meneses et al. (2016), la presencia de esta dimensión indica la existencia de relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con otros, así mismo, involucra la capacidad de

empatía, afecto e intimidad; por el contrario, niveles bajos señalan la escases de relaciones cercanas y de confianza, y la presencia de aislamiento y frustración, además, puede reflejarse en la no disposición para crear y/o mantener lazos importantes.

Con respecto a la dimensión de autonomía, la mayoría de la muestra evidenció un nivel medio, en donde el subgrupo de los adultos institucionalizados presentó levemente una mayor prevalencia que los semi-institucionalizados; lo cual difiere con lo expuesto por diferentes autores respecto a los impactos de la institucionalizados, pues se afirma que este proceso puede generar sentimientos de pérdida de autonomía debido a que se residen un contexto con horarios y rutinas controladas y la presencia constante de personal asistencial (Estrada et al., 2013; Guerrero-Martelo et al., 2015; Guevara-Peña, 2016; Hernández, 2017; Muñoz, 2015). Frente a aquel contraste, se podría considerar que los establecimientos geriátricos, en los que residen o asisten la muestra de adultos mayores, aportan a que los gerontes continúen percibiendo independencia (Manyari, 2016; Otero, 2017; Paredes, 2010). Adicionalmente, según Meneses et al. (2016) los individuos que tienen esta dimensión se caracterizan por ser autodeterminados e independientes, y tienen la capacidad de regular su conducta desde interior y sin influencia de diversas presiones sociales, y evaluarse a sí mismo a partir de criterios personales.

Del mismo modo, en la dimensión de dominio del entorno, los dos subgrupos muestrales, evidenciaron los niveles más altos en comparación con las demás dimensiones, donde los adultos mayores institucionalizados reflejaron una leve predominancia sobre los semi-institucionalizados en el nivel alto de la dimensión; sin embargo, el subgrupo de semi-institucionalizados presentan ligeramente un mayor porcentaje en niveles medios que el de institucionalizados. En este punto se puede considerar, al igual que en la dimensión de autonomía, que los establecimientos geriátricos le brindan la oportunidad a los adultos mayores de la muestra de desenvolverse en un entorno que

pueden adaptar a sus necesidades (Manyari, 2016; Otero, 2017; Paredes, 2010). De acuerdo con Meneses et al. (2016), la presencia de esta dimensión refleja que el individuo es capaz de controlar y manejar su entorno y puede hacer uso efectivo de las oportunidades que surgen en este; además, tiene la habilidad para crear o elegir contextos adecuados a las necesidades y características propias.

Por otro lado, en la dimensión de propósito en la vida la mayoría de la muestra total presenta niveles medios. La mayoría del subgrupo de adultos mayores institucionalizados evidencia un nivel medio en esta dimensión; no obstante, un gran porcentaje presenta un nivel bajo; de igual manera, la mayoría del subgrupo de semi-institucionalizados presenta un nivel medio, pero con un porcentaje mayor al otro subgrupo; es decir que los semi-institucionalizados evidencian mejores niveles que los institucionalizados en esta dimensión. Al respecto, Manyari (2016) afirma que las instituciones geriátricas, a través del planteamiento de diferentes actividades, constituyen un contexto que puede favorecer la atención de los adultos mayores hacia el establecimiento de metas y logros, inicialmente en dichas actividades, y posteriormente ponerlo practica en otros aspectos de sus vidas. Adicionalmente, es pertinente destacar que según Meneses et al. (2016) los individuos que presentan esta dimensión se caracterizan por tener metas establecidas y objetivos para vivir, además, le asigna sentido a lo vivido en el pasado y en el presente; en cambio, cuando se evidencian niveles bajos en esta dimensión, se presenta una ausencia de significado y propósito en la vida, y escasas de objetivos y metas claras.

Del mismo modo, en la dimensión de crecimiento personal la mayoría de la muestra evidenció un nivel medio, en donde el subgrupo de los adultos semi-institucionalizados presentó de manera leve, una mayor prevalencia que los institucionalizados; a lo cual, de acuerdo con diversos autores, se le puede atribuir las oportunidades de desarrollo personal que brinda la institución geriátrica

para los adultos mayores semi-institucionalizados; debido a que normalmente, se brinda prioridad sobre los menos longevos y de mayor autovalencia (Alves, 2013; Cardona-Arango et al., 2017; Flecha, 2015; Guerra, 2015; Gutiérrez et al., 2016; Hernández, 2017; Quintero, 2016). Además, de acuerdo con Meneses et al. (2016) la presencia esta dimensión comprende sentimientos de desarrollo continuo y de realización del propio potencial, incluye la capacidad cambiar su comportamiento en pro de un mayor autoconocimiento y efectividad, y la apertura a nuevas experiencias.

En cuarto lugar, respecto a las semejanzas y diferencias del bienestar psicológico global de los grupos muestrales evaluados, en relación a sus características sociodemográficas particulares, se seleccionaron las características más relevantes para el análisis comparativo. En cuanto a género, se evidenció en ambos subgrupos, que la mujeres de la muestra presentaban niveles más altos de bienestar psicológico que los hombres, lo cual puede deberse a que las mujeres tienen una percepción de la vida más positiva y presentan mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad (Calcaterra, 2015; Otero, 2017); así mismo, este hallazgo concuerda con lo evidenciado en estudios como el de Chávez (2008) y el de Trigoso (2012), quienes encuentran que las mujeres presentan mayores niveles de bienestar psicológico que los hombres. En contraste, algunos autores han evidenciado bajos niveles de bienestar en adultas mayores asociados principalmente a factores como el cuidado del hogar, el estado de salud física y el nivel de escolaridad, los cuales posicionan a las mujeres en una situación de desventaja con respecto a los hombres (Alvarado, Zunzunegui, Béland & Bamvita, 2008; Guerra, 2015; Manyari, 2016).

Con relación al estado civil, se encontró que, la muestra de adultos mayores, tanto institucionalizados como semi-institucionalizados, que reportan ser solteros evidencian niveles positivos bienestar; contrario a lo evidenciado en otros estudios, en donde los adultos que presentan

un mayor bienestar psicológico son casados, y explican que los adultos mayores con pareja cuentan con un mayor nivel de soporte y validación (Guerra, 2015; Manyari, 2016; Paredes, 2010; Vivaldi y Barra, 2012).

Respecto al apoyo social recibido, se evidenció que los adultos mayores de los dos subgrupos muestrales que perciben apoyo por parte de su grupo familiar y/o amigos, presentan niveles altos de bienestar psicológico; lo cual concuerda con lo evidenciado en numerosas investigaciones (Flecha, 2015; Guerra 2015; Humboldt y Leal, 2014; Molina et al., 2008; Otero, 2017; Paredes, 2010; Saavedra y Vargas, 2011; Vargas y Vargas, 2017; Vivaldi y Barra, 2012). De acuerdo con Hernangómez et al. (2009) apoyo social es uno de los principales aspectos asociados al bienestar psicológico, debido a que constituye un elemento protector que mantiene la autoestima del individuo y genera gratificación.

En cuanto a la presencia de la enfermedad, se encontró diferencia entre los subgrupos de la muestra, puesto que los adultos mayores institucionalizados que reportaron no tener enfermedad evidencian niveles de bienestar psicológico; no obstante, la mayoría de los que reporta tener alguna enfermedad, también presentan niveles altos. Así mismo, los adultos semi-institucionalizados que reportaron tener alguna enfermedad, presentaron en su mayoría niveles de bienestar altos. Al respecto, diversos estudios concuerdan que la ausencia de enfermedad aporta al bienestar psicológico puesto que contribuye a disminuir la dependencia hacia otros y mantener una percepción positiva de las capacidades propias (Calcaterra, 2015; Guerra, 2015; Vargas y Vargas, 2017; Vázquez et al., 2009; Vivaldi y Barra, 2012); sin embargo, el tener una enfermedad no predispone al individuo a tener bajos niveles de bienestar psicológico, puesto que factores como la estrategias de afrontamiento, la resiliencia, el apoyo y la percepción de funcionalidad con las

que cuente la persona, pueden contribuir a que, a pesar de presenciar alguna enfermedad, se evidencien niveles positivos de bienestar (Guerra, 2015; Paredes, 2010; Vivaldi y Barra, 2012).

En cuanto a las características de participación, se encontraron semejanzas en la realización de actividades recreativas, pues en ambos subgrupos, la muestra de adultos que si las realizan evidencian niveles de bienestar psicológico altos. Por otro lado, respecto a las actividades deportivas, se encontró, en los dos subgrupos, que aquellos adultos de la muestra que no realizan estas actividades, presentan altos niveles de bienestar psicológico; en este punto, es importante señalar que, en el caso de los institucionalizados, el establecimiento les brinda actividades deportivas, sin embargo, de acuerdo con lo reportado, los adultos no las perciben como tal; por otro lado, en el caso de los semi-institucionalizados, realizan actividades deportivas como caminar desde su casa a la institución o realizar algunas tareas del hogar, no obstante, ellos no consideran dichas actividades como deportivas. Con relación a las actividades ocupacionales, los dos subgrupos difieren, puesto que la muestra de adultos institucionalizados que no realizan dichas actividades tienen niveles altos de bienestar; al contrario, la muestra de semi-institucionalizados que reportó realizar aquellas actividades tienen mayores niveles de bienestar; frente a esto cabe resaltar que la condición de los adultos mayores institucionalizados, genera que puedan llegar a tener menores oportunidades para ejecutar este tipo de actividades que los semi-institucionalizados (Acosta y González-Celis, 2010; Calcaterra, 2015; Ekerdt & Koss, 2015); no obstante, en la muestra no constituye una diferencia sobre su bienestar.

Al respecto, Hernangómez et al. (2009) resalta que mantener una vida activa contribuye al bienestar psicológico del adulto mayor, puesto que constituye un elemento potencializador de la autoeficacia y de las relaciones interpersonales, y al crecimiento personal y sentido vital del adulto mayor; además, en numerosos estudios se han evidenciado los efectos positivos que tienen la

realización de diferentes actividades sobre el bienestar psicológico del adulto mayor (Carmona-Valdés y Ribeiro-Ferreira, 2010; Ferrada y Zavala, 2014; Flecha, 2015; Hernández, 2017; Hernangómez et al., 2009; Meléndez et al., 2009; Paredes 2010).

Finalmente, es importante señalar, en primer lugar, que los resultados hallados en el presente estudio no son generalizables debido a que la muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia; y en segundo lugar, que a pesar de que la prueba Escala de Bienestar Psicológico de Ryff permite medir objetivamente el bienestar psicológico de la muestra, diversos aspectos, dentro de las características de los participantes, están sujetos a percepciones, puesto que los datos dan cuenta del reporte del individuo. Razón por la cual, se requiere que las instituciones a las que pertenecen los sujetos de la muestra continúen trabajando en la promoción del bienestar de los adultos, orientándose partir de lo evidenciado en el presente trabajo.

Capítulo 9

Conclusiones

Inicialmente, se logró evaluar los niveles de bienestar psicológico, a partir de la prueba Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, en una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga con edades iguales o superiores a 60 años, evidenciando que la mayoría de la muestra de adultos mayores, presentan niveles altos de bienestar psicológico global, en donde dicha medida predomina ligeramente en el subgrupo de semi-institucionalizados. Ahora bien, con relación a cada una de las dimensiones de bienestar psicológico, se concluye que la muestra de adultos mayores institucionalizados presentaron un mayor porcentaje que los semi-institucionalizados, de niveles altos en las dimensiones de autoaceptación, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal; no obstante, los adultos semi-institucionalizados evidenciaron un menor porcentaje de niveles bajos en las dimensiones de autoaceptación, propósito en la vida y crecimiento personal, en comparación con el subgrupo de institucionalizados; además, en las dimensiones de relaciones positivas con otros y autonomía, los dos subgrupos muestrales evidenciaron el mismo porcentaje de nivel alto; sin embargo, el subgrupo de institucionalizados presentó una mayor proporción de niveles medios en aquellas dos dimensiones, en comparación con el subgrupo de semi-institucionalizados.

En cuanto a la semejanzas en el bienestar psicológico global de los subgrupos muestrales con respecto a sus características sociodemográficas se puede concluir que la principales semejanzas se reflejaron en género, en donde las mujeres de la muestra presentaron niveles más altos de bienestar, así mismo, en estado civil, los adultos mayores participantes que reportaron ser solteros reflejaron mayores niveles de bienestar; de igual modo, en apoyo social recibido, la muestra que recibe apoyo de su familia y/o amigos, reflejó niveles de bienestar altos; de la misma forma, en

actividades de participación, los adultos de la muestra que reportaron realizar actividades recreativas y los que no realizan actividades deportivas, evidenciaron niveles altos de bienestar.

Finalmente, con respecto a las diferencias en el bienestar psicológico entre los adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados, con respecto a sus características sociodemográficas, se logró evidenciar que, en el subgrupo de institucionalizados con ausencia de enfermedad, se presentan niveles más altos de bienestar; sin embargo, en el subgrupo de semi-institucionalizados, la muestra que reportó presencia de enfermedad evidenció niveles altos de bienestar psicológico. De igual manera, en cuanto a la realización de actividades ocupacionales, los adultos mayores semi-institucionalizados de la muestra que realizan dichas actividades evidencian niveles altos de bienestar; por otro lado, en la muestra de institucionalizados, los adultos que no realizan actividades ocupacionales presentan niveles altos de bienestar; sin embargo, se debe tener en cuenta que este subgrupo, debido a que reside completamente en la institución, tiene menos oportunidades para ejecutar este tipo de actividades que el subgrupo de semi-institucionalizados.

En síntesis, se concluye que se alcanzó el total cumplimiento de los objetivos establecidos, mediante los cuales se evidenció que los adultos mayores si pueden presentar niveles altos de bienestar psicológico; con lo cual se aporta a la visión positiva de la vejez, en donde se reconoce al adulto mayor como individuo con las mismas posibilidades y capacidades que en otras etapas del ciclo vital. Adicionalmente, se brinda a los centros geriátricos y centros vida un panorama inicial del estado del bienestar psicológico de los gerontes, de tal manera que puedan orientarse en el diseño y desarrollo de diversas estrategias y herramientas que beneficien la calidad de vida de los adultos mayores.

Capítulo 10

Recomendaciones

Teniendo en cuenta que los resultados del presente estudio no son generalizables debido a la heterogeneidad de la muestra y el tipo de muestreo empleado, se recomienda replicar el estudio una muestra más amplia para poder llegar a obtener resultados que permitan un mayor acercamiento a la comprensión del estado de bienestar psicológico de los adultos mayores. Así mismo, se sugiere realizar un estudio con un mayor alcance que incluya también a adultos mayores que no se encuentren institucionalizados con el fin de dilucidar las condiciones de bienestar psicológico con las que cuenta este subgrupo poblacional en contraste con los evaluados en el presente trabajo.

A partir de este estudio, se propone a las instituciones geriátricas que permitieron el acceso a la muestra de adultos mayores, tomar en cuenta lo evidenciado para la toma de decisiones y la ejecución de diversas estrategias y herramientas para la promoción del bienestar psicológico de los adultos mayores beneficiarios de sus servicios; profundizando en aquellas dimensiones que presentaron niveles más bajos.

Finalmente, se recomienda continuar realizando estudios sobre el abordaje de la vejez desde una visión positiva, de manera que se aporte a reconceptualizar la vejez como una etapa de ganancias, aprendizaje, conocimientos y capacidades, para así dar la posibilidad a los adultos mayores para desenvolverse en contextos que les permitan desarrollar todo su potencial.

Referencias

- Abaunza, C., Mendoza, M., Bustos, P., Paredes, G., Enriquez, K., Padilla, A. (2014). *Adulto mayor: prisi3n y sociedad*. Bogot3: Editorial Universidad del Rosario
- Acosta, C. O. y Gonz3lez-Celis, A. L. M. (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e Investigaci3n en Psicolog3a*, 15(2), 393-401.
- Agudelo-Su3rez, A. A., Posada-L3pez, A. y Meneses-G3mez, E. J. (2015). Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria p3blica de Medell3n, Colombia. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud P3blica*, 32(4), 701-708.
- Aguerre, C. y Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: teor3as, investigaciones y aplicaciones cl3nicas. *Revista de la asociaci3n colombiana de gerontolog3a y geriatr3a*, 22(2), 1146-1162.
- Alegria, P., Castillo, N., Del Solar, P., Varas, J., G3mez, S. y Guti3rrez, P. (2013). Factores que inciden en la participaci3n social de los adultos mayores en actividades f3sico-recreativas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13(1), 59-69.
- Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2014). An3lisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Alvarado, B., Zunzunegui, M., B3land, F., & Bamvita, J. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 63(12), 1399-1406.
- Alves, R. J. (2013). *Institucionalizaci3n del adulto mayor: an3lisis de la experiencia subjetiva a partir de la creaci3n de un taller literario*. V Congreso Internacional de Investigaci3n y Pr3ctica Profesional en Psicolog3a, Buenos Aires, Mayo de 2013.

- Amico, L. C. (2009). Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la deconstrucción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Revista Margen*, 1(55), 1-30.
- Barahona, M. N., Sánchez, A. y Urchaga, J. D. (2013). La Psicología Positiva aplicada a la educación: el programa CIP para la mejora de las competencias vitales en la Educación Superior. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*, 6(4), 244-256.
- Bravo, F. (2014). *Envejecer en la pobreza: prácticas y representaciones de personas mayores tendientes a su reproducción cotidiana en ámbitos domésticos y extradomésticos* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de la Plata, Ensenada.
- Cáceres, G. S. (2010). *Modelo de atención integrada al adulto mayor. Una opción de apoyo en el mejoramiento de la calidad de vida* (Tesis de especialización). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- 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.
- Carbajo, M. C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos*, 1(18), 237-254.
- Cardona, D., Segura, A., Garzón, M., Segura, A. y Cano, S. (2016). Estado de la salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 71-81.
- Cardona-Arango, D., Estrada-Restrepo, A., Chavarriaga-Maya, L. M., Segura-Cardona, A. M., Ordoñez-Molina, J. y Osorio-Gómez, J. J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado en Medellín, 2008. *Revista de salud pública*, 12(3), 414-424.
- Carmona-Valdés, S. E. y Ribeiro-Ferreira, M. (2010). Actividades sociales y bienestar personal

- en el envejecimiento. *Papeles de Población*, 16(65), 163-185.
- Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72.
- Cerquera, A. M., Álvarez, J. L. y Saavedra, A. C. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de Floridablanca. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 4(1), 73-87.
- Cerquera, A. M. y Quintero, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180.
- Cerquera, A. M., Matajira, Y. J. y Pabón, D. K. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(47), 4-19.
- Chávez, S. (2008). *Bienestar psicológico en practicantes de yoga* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86
- Cordero, M. A. y Bernal, J. V. (2017). Los estudiantes aplicando el PERMA en la formación de ingenieros por competencias en México. *Revista electrónica Anfeí Digital*, 3(6), 1-11.
- Cruz, M. R. (2018). *Funcionamiento familiar y maltrato al adulto mayor que acude al centro del adulto mayor de santa cruz de Cajamarca, 2017* (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
- Cubillos, A. V. (2013). *Significado que tiene para los adultos mayores la institucionalización en un hogar geriátrico de la ciudad de Bogotá* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

- De-Juanas, A., Limón, M. y Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 1(22), 153-168.
- De Oliveira, S. M. (2015). *Estudio del Funcionamiento Ejecutivo y de las Actividades de la Vida Diaria en Ancianos en función del Ámbito de Residencia Habitual* (Tesis de doctorado). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Resultados preliminares. Censo de población y vivienda 2018*. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-644.
- Domínguez, R. y Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21(96), 660-679.
- Dulcey-Ruiz, E., Arrubla, D. J. y Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia*. Bogotá: Profamilia. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Ekerdt, D. J., & Koss, C. (2015). The task of time in retirement. *Ageing & Society*, 36(6), 1295-1311.

- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*. España: Paidós.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordóñez, J., Osorio, J., & Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Ferrada, L. y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 123-130.
- Flecha, A. C. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social*, 1(25), 319-341.
- Fortuna, F. B. (2016). *Reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de República Dominicana* (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia
- Francke, L., González, B. y Lozano, L. (2011). *Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual*. Ama y Trasciende: Adultos mayores en acción. Recuperado de <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/12/PAPER-INV-AMA-Y-TRASCIENDE-...pdf>
- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del Pensamiento*, 8(16), 13-29.
- Guarner, J. (2013). La vejez, el gran reto de la sociedad del siglo XXI. *Revista UNO*, 1(14), 31-34.
- Guerra, M. O. (2015). *Bienestar psicológico. Estudio realizado con el adulto mayor en el hogar de Beneficencia Sor Herminia ubicado en Santa Cruz del Quiché, Quiché* (Tesis de Licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Guerra, Y. (2016). Vejez y eugenesia en Colombia. Consideraciones históricas y bioéticas. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(2), 140-161.

- Guerrero-Martelo, M., Galván, G. y Vásquez, F. (2015). Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente, 18*(34), 303-310.
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado, 12*(1), 138-151.
- Gutiérrez, J., Nieves, A. y Ruiz, L. (2016). *Percepciones de los adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico de la ciudad de Barrancabermeja*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Hechavarría, D., Ramírez, D., García, D. y García, D. (2012). El envejecimiento: repercusión social e individual. *Revista Información Científica, 76*(4). Recuperado de <http://www.revinfoinformatica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1172/2169>
- Henderson, L. W., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing, 2*(3), 196-221.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: MacGrawHill.
- Hernández, V. (2017). *Evaluación del bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en Cúcuta, Norte de Santander* (Tesis de maestría). Universidad Internacional de la Rioja, Cúcuta.
- Hernangómez, L., Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). El paisaje emocional a lo largo de la vida. En C. Vázquez y G. Hervás (coords.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva* (pp. 143-176). Madrid: Alianza.

- Humboldt, S. y Leal, I. (2014). ¿Qué influye en el bienestar subjetivo de los adultos mayores?: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 219-230.
- Jaimés, Y. M. (2011). *Estudio sobre soledad en una muestra de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- Jiménez, M. (2015). El envejecimiento y la muerte: un enfoque filosófico. *PHAINOMENON*, 14(1), 85-94.
- Ley No. 1251. Diario Oficial del Congreso de la Republica de Colombia, Bogotá, Colombia, 27 de noviembre de 2008.
- Ley No. 1276. Diario Oficial del Congreso de la Republica de Colombia, Bogotá, Colombia, 5 de enero de 2009.
- Ley No. 1315. Diario Oficial del Congreso de la Republica de Colombia, Bogotá, Colombia, 13 de julio de 2009.
- Ley No. 1616. Diario Oficial del Congreso de la Republica de Colombia, Bogotá, Colombia, 21 de enero de 2013.
- Ley No. 1850. Diario Oficial del Congreso de la Republica de Colombia, Bogotá, Colombia, 19 de julio de 2017.
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate*, 13, 47-60. Recuperado de <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/361/150>
- Manyari, W. M. (2016). *Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un centro de*

- adulto mayor (CAM) de Lima* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Martín, V. X. (2016). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y significación vital en personas en situación de desempleo* (Tesis de pregrado). Universidad de la Laguna, Tenerife.
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. y Meléndez, J. C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2009). Envejecimiento y bienestar: Avances en investigación. *Persona*, 1(12), 83-103.
- Meléndez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., & Sales-Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), 319-323.
- Meneses, M. V., Ruíz, S. y Sepúlveda, M. (2016). *Revisión de las principales teorías de bienestar psicológico* (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2009*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). *Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20Centros%20Persona%20Mayor.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-*

- 2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Socialización Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Socializacion-encuesta-sabe-2016.zip>
- Molina, C., Meléndez, J. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312-319.
- Monterroso, E., (2013). *Problemática social que enfrentan los adultos mayores, en la municipalidad de Santa Catarina Pínula, departamento de Guatemala*. (Tesis de grado). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Montes de Oca-Zavala, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, 3(62), 159-181.
- Muñoz, C. (2013). Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 18(2), 13-26.
- Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos*, 26(2), 43-47.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Recuperado de http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
- Organización mundial de la salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=54FD09A26C1C76ED375861629AA03A83?sequence=1

- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ortiz, J. B. y 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.
- Osorio, L. y Salinas, F. (2016). El contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar. *Revista de Estudios Cooperativos*, 121, 205-227.
- Otero, I. M. (2017). Bienestar psicológico en adultos mayores que conviven en familias extensas. *GeroInfo*, 12(2), 1-22.
- Paredes, S. A. (2010). *Bienestar psicológico del adulto mayor, Un estudio realizado con los integrantes del grupo del CEAM en Pifo* (Tesis de Pregrado). Universidad Politécnica Salesiana, Quito.

- Pastrana, M. P. y Salazar-Piñeros, F. A. (2016). Perfil PERMA en una muestra de jóvenes voluntarios colombianos. *Revista Katharsis*, 1(22), 13-34.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229–241.
- Pineda, C. A., Castro, J. A. y Chaparro, R. A. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55.
- Prieto-Flores, M. E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K. y Rojo-Abuín, J. M. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 301-313.
- Quintero, M. S. (2016). *Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- Ramírez, L. Á., 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. *Psychologia*, 5(1), 73-79.
- Ramos, J., Meza, A. M., Maldonado, I., Ortega, M. P. y Hernández, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 1(11), 47-56.
- Resolución No. 1378. Diario Oficial del Congreso de la Republica de Colombia, Bogotá, Colombia, 28 de abril de 2015.

- Reyes, L. V. (2012). *Identificación de los estereotipos relacionados con la sexualidad en personas mayores no institucionalizadas inscritas de Cooprosperar en el municipio de Floridablanca* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.
- Robledo, L. (2016). Los paralogismos de la vejez. *Estudios del Desarrollo Social*, 4(1), 125-140.
- Rodríguez, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, C. N., Maldonado P. Y., Toledo O. N. y Quiñones B. A. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43.
- Rosa-Rodríguez, Y. y Quiñones, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5(1), 7-16.
- Rubio, R., Cerquera, A. M., Muñoz, R. y Pinzón, E. A. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 307-319.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review Of Research On Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Saavedra, L. J. y Vargas, J. N. (2011). *Redes sociales de apoyo en una muestra de adultos mayores no institucionalizados pertenecientes al Parque Departamental de la Tercera Edad en Floridablanca, Santander* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.

- Salazar-Villanea, M. (2015). Aproximaciones desde la gerontología narrativa: la memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. *Anales en Gerontología, 1*(7), 41-68.
- Sánchez, L. y De Quiroz, L. B. (2016). Las personas mayores en los centros penitenciarios: carencias en los recursos especializados y necesidad de programas educativos. *Revista de educación social, 1*(22). Recuperado de <http://www.eduso.net/res/22/articulo/las-personas-mayores-en-los-centros-penitenciarios-carencias-en-los-recursos-especializados-y-necesidad-de-programas-educativos>.
- Seligman, M. E. P. (2002). *La auténtica felicidad*. España: Ediciones B.
- Seligman, M. E. P. (2016). *Florecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Recuperado de <https://books.google.com.co/books?id=pwbdDAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Sener, A. (2011). Emotional support exchange and life satisfaction. *International Journal of Humanities and Social Science, 1*(2), 79-88.
- Tarragona, M. (2016). El estudio científico del bienestar psicológico. En J. C. Gaxiola y J. Palomar (coords.), *El bienestar psicológico: Una mirada desde Latinoamérica* (pp.13-30). México: Qartuppi.
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D. y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 33*(2), 342-350
- Triadó, C. y Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. España: Editorial Aresta SC.
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Vargas, C. Y. y Vargas, L. M. (2017). *Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a los CIAM de Lima metropolitana* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Wobbeking, M., Sánchez, A., Urchaga, D., Sánchez, A. I. y García, C. (2015). Intervención optimizadora del bienestar cognitivo y emocional en mayores institucionalizados: un estudio piloto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 195-206.

Anexos

Anexo 1. Ficha sociodemográfica

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE _____ FECHA: _____
 INSTITUCIONALIZADO SI _____ NO _____



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
Género	<input type="checkbox"/> 1: Masculino <input type="checkbox"/> 2: Femenino	Edad	<input type="checkbox"/> 1: 60-64 <input type="checkbox"/> 2: 65-69 <input type="checkbox"/> 3: 70-74 <input type="checkbox"/> 4: 75-79	<input type="checkbox"/> 5: 80-84 <input type="checkbox"/> 6: 85-89 <input type="checkbox"/> 7: 90 o más	Nombre del Centro al cual pertenece:
Estado civil	<input type="checkbox"/> 1: soltero <input type="checkbox"/> 2: Casado <input type="checkbox"/> 3: Viudo <input type="checkbox"/> 4: Separado <input type="checkbox"/> 5: Unión libre	¿Hasta qué nivel estudió?	<input type="checkbox"/> 1: Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> 2: Primaria completa <input type="checkbox"/> 3: Bachillerato incompleta <input type="checkbox"/> 4: Bachillerato completo <input type="checkbox"/> 5: Universitario <input type="checkbox"/> 6: Ninguno <input type="checkbox"/> 7: otro		
CARÁCTERÍSTICAS ECONÓMICAS			CARACTERÍSTICA SOCIO FAMILIAR		
¿Recibe ingresos propios? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1: Subsidio del Estado (bono) <input type="checkbox"/> 2: Familia <input type="checkbox"/> 3: Amigos <input type="checkbox"/> 4: Vecinos <input type="checkbox"/> 5: Propios <input type="checkbox"/> 6: No aplica <input type="checkbox"/> 7: Otros Cuáles _____		¿De quién recibe apoyo?	<input type="checkbox"/> 1: Compañero (a) sentimental <input type="checkbox"/> 2: Familia y/o amigos <input type="checkbox"/> 3: Vecinos <input type="checkbox"/> 4: Entidades Estatales <input type="checkbox"/> 5: Recursos propios	
Procedencia de ingresos:					
¿Con quién vive? (Más de una opción)	<input type="checkbox"/> Compañero(a) sentimental <input type="checkbox"/> 2: Compañero(a) e hijos (a, as, os) <input type="checkbox"/> 3: Hijo (a, as, os) <input type="checkbox"/> 4: Un familiar cuidador <input type="checkbox"/> 5: Un amigo <input type="checkbox"/> 6: Un vecino		<input type="checkbox"/> 7: Un <input type="checkbox"/> 8: Solo <input type="checkbox"/> 9. Institución	CARACTERÍSTICAS EN SALUD	
			¿Qué Régimen de salud tiene?	<input type="checkbox"/> 1: Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 2: Régimen contributivo <input type="checkbox"/> 3: Régimen especial <input type="checkbox"/> 4: Particular <input type="checkbox"/> 5: Medicina prepagada <input type="checkbox"/> 6: Servicio domiciliario <input type="checkbox"/> 7: Ninguno	
¿Con qué frecuencia va al médico?	<input type="checkbox"/> 1: Semanal <input type="checkbox"/> 2: Quincenal <input type="checkbox"/> 3: Mensual <input type="checkbox"/> 4: Según control médico <input type="checkbox"/> 5: Casi nunca	¿Padece alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> 1: SI <input type="checkbox"/> 2: NO	¿Qué tipo de enfermedad padece?	<input type="checkbox"/> 1: Cardiovascular <input type="checkbox"/> 2: Pulmonar <input type="checkbox"/> 3: Cerebrovascular <input type="checkbox"/> 4: Metabólica <input type="checkbox"/> 5: Musculo esquelética <input type="checkbox"/> 6: Infecciosas <input type="checkbox"/> 7: Psiquiátrica <input type="checkbox"/> 8: Ninguna <input type="checkbox"/> 9: Otra	

¿Presenta algún tipo de Discapacidad? <input type="checkbox"/> 1: SI <input type="checkbox"/> 2: NO	¿Qué tipo de discapacidad tiene?	<input type="checkbox"/> 1: Auditiva <input type="checkbox"/> 2: Visual <input type="checkbox"/> 3: Cognitiva <input type="checkbox"/> 4: Mental <input type="checkbox"/> 5: Física <input type="checkbox"/> 6: Ninguna	¿Causa de la discapacidad?	<input type="checkbox"/> 1: De nacimiento <input type="checkbox"/> 2: Adquirida <input type="checkbox"/> 3: No aplica
---	----------------------------------	--	----------------------------	---

CARACTERÍSTICA DE PARTICIPACIÓN		
Actividades que realiza en Centros de bienestar D: Diario S: Semanal M: Mensual	1: Actividades recreativas <input type="checkbox"/> 1: D <input type="checkbox"/> 2: S <input type="checkbox"/> 3: M <input type="checkbox"/> 4: No realiza	
	2: Actividades deportivas <input type="checkbox"/> 1: D <input type="checkbox"/> 2: S <input type="checkbox"/> 3: M <input type="checkbox"/> 4: NO realiza	
	3: Actividades ocupacionales <input type="checkbox"/> 1: D <input type="checkbox"/> 2: S <input type="checkbox"/> 3: M <input type="checkbox"/> 4: No realiza	
Otras actividades (Respuesta múltiple)	<input type="checkbox"/> 1: Viajes <input type="checkbox"/> 2: paseos, caminatas, etc. <input type="checkbox"/> 3: Talleres de cocina, pintura, música <input type="checkbox"/> 4: Reuniones familiares <input type="checkbox"/> 5: Religiosas <input type="checkbox"/> 6: Otros Especificar _____	¿Cuenta con el programa de psicología y/o terapias? <input type="checkbox"/> 1: SI <input type="checkbox"/> 2: NO
Ha contado con algunos de los siguientes beneficios institucionales (Opción múltiple)	<input type="checkbox"/> 1: Medicina <input type="checkbox"/> 2: Enfermería <input type="checkbox"/> 3: Psicología <input type="checkbox"/> 4: Trabajo social <input type="checkbox"/> 5: Gerontología <input type="checkbox"/> 6: Fisioterapia <input type="checkbox"/> 7: Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> 8: Fonoaudiología <input type="checkbox"/> 9: Educación Física	Número total de beneficios: _____

Anexo 2. Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff

Nombre _____ Fecha _____

Escala de bienestar psicológico de Ryff

Instrucciones:

Responda a cada una de las siguientes afirmaciones. Use la siguiente escala de seis puntos. No existen respuestas correctas o incorrectas, seleccione la respuesta que más se adecue a su forma de pensar.

1. Completamente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Parcialmente en desacuerdo
4. Parcialmente de acuerdo	5. De acuerdo	6. Completamente de acuerdo

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.
- ___ 2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.
- ___ 3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.
- ___ 4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.
- ___ 5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.
- ___ 6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.
- ___ 7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.
- ___ 8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.
- ___ 9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.

- ___10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.
- ___11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.
- ___12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.
- ___13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.
- ___14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.
- ___15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.
- ___16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.
- ___17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.
- ___18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.
- ___19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.
- ___20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.
- ___21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.
- ___22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.
- ___23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.
- ___24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.
- ___25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.
- ___26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.
- ___27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.
- ___28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.

- ___29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.
- ___30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.
- ___31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.
- ___32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.
- ___33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.
- ___34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.
- ___35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.
- ___36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.
- ___37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.
- ___38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.
- ___39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga”.

De acuerdo con los principios establecidos en la **Declaración de Helsinki**: respecto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre los de la ciencia, la sociedad y el respeto por la libertad del individuo; en el **Reporte de Belmont**: respeto por la persona, beneficencia y justicia y en las **Pautas CIOMS** que rige 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 administradas. A nivel nacional, en la **Resolución 008430 de octubre 4 de 1993** y 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 del bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de Bucaramanga y su área metropolitana.
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 del adulto mayor, sujeto de estudio.
4. La investigación es realizada por un estudiante supervisado por un profesional 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 institución y el consentimiento informado del adulto mayor participante en el estudio.

Con base en los principios establecidos en la **Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993**, por la cual se establecen las normas 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 si lo considera conveniente. **Por favor, lea con cuidado y haga las preguntas que desee hasta su total comprensión.**

1. Objetivo

La estudiante de Psicología Yesika Ariza Díaz, de la Universidad Pontificia Bolivariana, se encuentra realizando este estudio con el objetivo de: Comparar el bienestar psicológico de una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga.

De esta manera, en base a la información obtenida mediante la aplicación el instrumento de Bienestar Psicológico Ryff, se pretende:

- Medir el bienestar psicológico global de una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados a través de la prueba Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.
- Evaluar las dimensiones de auto aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal, asociadas al bienestar psicológico, en una muestra de adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados.

- Describir las diferencias y semejanzas en el bienestar psicológico de los grupos muestrales evaluados, en relación a sus condiciones y características sociodemográficas particulares.

2. Procedimiento o intervención. (cómo se va a realizar la investigación)

- 1 Visitar los asilos con el fin de socializar la investigación a realizar.
- 2 Entrevistar a los adultos mayores y precisar su participación voluntaria.
- 3 Aplicación de la ficha socio demográfica y del instrumento de medición.

3. Descripción del protocolo de evaluación

- 1) Aplicación de la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, (adaptación al español). Es un instrumento que tiene como objetivo evaluar el bienestar psicológico a través de seis dimensiones: auto- aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal. La escala, está conformada por 39 ítems, la cual posee un formato de respuestas y medición de escala Likert. El tiempo aproximado de aplicación es de 20- 25 minutos.
- 2) Aplicación de la ficha sociodemográfica, la cual la conforman características socio demográficas, económicas, socio familiares, salud, participación, beneficios estatales y hábitos alimenticios. El tiempo aproximado para la aplicación es de 15- 20 minutos.

4. Efecto de las actividades a desarrollar con el adulto mayor.

- Las actividades de entrevista y el registro de respuesta protocolo de evaluación, no interfieren con la vida cotidiana del participante.
- Estas actividades, NO representan daño para su salud, ni genera costo alguno para la familia, ni el adulto mayor.

5. Beneficios de las actividades de investigación:

-En la toma de datos, se podrán realizar sugerencias a la institución y/o al adulto mayor.

-Las sugerencias, pueden ser en uno de los tres sentidos: 1. Continuar afianzando el desarrollo de las actividades institucionales desde la Psicología. 2. Incrementar las actividades para mejorar su bienestar psicológico, 3, Obtener resultados que permitan generar programas para el desarrollo y mejoramiento de:

Actitudes positivas hacia sí mismo y hacia su vida pasada; las capacidades 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 y objetivos, que le permitan darle un sentido a su vida; y el poder seguir creciendo como persona llevando al máximo sus potencialidades.

6. Privacidad y anonimato:

La entrevista, aplicación del protocolo de evaluación, y resultados obtenidos, serán utilizados con fines estrictamente académicos e investigativos y 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° 008430 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.

7. Aceptación del adulto mayor del procedimiento a realizar en la investigación:

Yo, _____, identificado con la cédula de ciudadanía N° _____, de _____, de _____, acepto de forma libre y consciente el procedimiento de evaluación que se me ha propuesto en el marco del proyecto de investigación. He leído y comprendido la información, entiendo que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin ningún tipo de represalia. De acuerdo a todo lo anterior y a las explicaciones dadas autorizo:

1. El procedimiento de evaluación para el desarrollo de la investigación.
2. Las sugerencias que puedan surgir durante la investigación.
3. Que la información de los datos de la entrevista y el cuestionario, se usen con fines académicos.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año 2018.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

C.C. N°:

FIRMA DEL EVALUADOR

C.C. N°:

FIRMA DEL DOCENTE SUPERVISOR