

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y RESILIENCIA
DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO NUEVA
ESPERANZA, LA PAZ
POR: CLAUDIA ERIKA CASPA CARRILLO
TUTOR: LIC. RENE MIGUEL CALDERÓN JEMIO
LA PAZ – BOLIVIA
Noviembre, 2016

“A mis padres y hermanas por el apoyo incondicional”

INDICE

RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	iii
CAPITULO 1	
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION	
1. AREA PROBLEMÁTICA.....	9
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. HIPÓTESIS.....	12
5. JUSTIFICACIÓN.....	13
CAPITULO 2	
MARCO TEORICO	
1. EL ADULTO MAYOR.....	16
1.1. ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.....	17
1.1.1. LA EDAD CRONOLÓGICA.....	17
1.1.2. LA EDAD FÍSICA.....	17
1.1.3. LA EDAD PSICOLÓGICA.....	17
1.1.4. LA EDAD SOCIAL.....	18
1.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN BOLIVIA....	19
1.3. SITUACIÓN LEGAL.....	19
1.4. SITUACIÓN FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR.....	20
1.4.1. VIDA AFECTIVA.....	20
1.4.2. RELACIONES CON LOS HIJOS ADULTOS.....	21
1.4.3. RELACIONES CON LOS HERMANOS.....	22

1.5. MALTRATO DEL ADULTO MAYOR	23
1.5.1. DESATENCIÓN O ABANDONO.....	24
1.5.2. MALTRATO FÍSICO.....	24
1.5.3. MALTRATO EMOCIONAL Y VERBAL.....	24
1.5.4. ABUSO SEXUALEXPLOTACIÓN FINANCIERA.....	24
1.5.5. SIGNOS DE ADVERTENCIA DE MALTRATO.....	25
1.6. BIENESTAR SOCIAL DEL ADULTO MAYOR.....	26
1.6.1. SALUD.....	26
1.6.2. EDUCACIÓN.....	27
1.6.3. VIVIENDA.....	27
1.7. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR EN BOLIVIA.....	28
2. CALIDAD DE VIDA.....	28
2.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA.....	28
2.2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL.....	30
2.3. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.....	33
2.3.1. ENFOQUE BIOLOGISTA.....	33
2.3.2. ENFOQUE PSICOSOCIAL.....	33
2.3.3. ENFOQUE ECOLOGISTA.....	33
2.3.4. ENFOQUE ECONOMICISTA.....	33
2.3.5. ENFOQUE SOCIOLOGISTA.....	33
2.4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	34
2.5. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA.....	34
2.5.1. DIMENSIÓN FÍSICA.....	35
2.5.2. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.....	35
2.5.3. DIMENSIÓN SOCIAL, RELACIONES SOCIALES.....	35
2.5.4. DIMENSIÓN MEDIO AMBIENTE.....	36

2.6. ELEMENTOS IMPORTANTES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES.....	36
2.6.1. ESPECIFICIDAD.....	36
2.6.2. MULTIDIMENSIONAL.....	36
2.6.3. ASPECTOS OBJETIVOS.....	37
2.6.4. ASPECTOS SUBJETIVOS.....	37
3. RESILIENCIA.....	38
3.1. MARCO HISTÓRICO DE LA RESILIENCIA.....	38
3.2. MODELOS DE ESTUDIO EN RESILIENCIA.....	40
3.2.1. MODELOS CENTRADOS EN LAS VARIABLES.....	40
3.2.2. MODELOS SUMATIVOS.....	41
3.2.3. MODELOS DE INTERACCIÓN.....	41
3.2.4. MODELOS INDIRECTOS.....	41
3.2.5. MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA.....	41
3.4. DESARROLLO DEL CONCEPTO RESILIENCIA.....	44
3.5. DEFINICIÓN DE RESILIENCIA.....	46
3.6. LOS PILARES DE LA RESILIENCIA.....	49
3.6.1. AMBIENTE FACILITADOR.....	50
3.6.2. FUERZA INTRAPSIQUICA.....	50
3.6.3. HABILIDADES INTERPERSONALES.....	50
3.7. FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA.....	53
3.7.1. FACTORES PROTECTORES.....	53
3.7.2. FACTORES DE RIESGO: VULNERABILIDAD.....	54
3.8. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS RESILIENTES.....	56
3.9. ESTRATEGIAS DE LA RESILIENCIA.....	56
3.10. RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR.....	58

3.10.1. IDENTIDAD POSITIVA.....	60
3.10.2. CONTROL PERSONAL.....	60
3.10.3. AUTOEFICACIA.....	60
3.10.4. AUTOESTIMA.....	60
3.10.5. EMOCIONES POSITIVAS.....	60
3.10.6. OPTIMISMO.....	61
3.10.7. AFRONTAMIENTO.....	61
3.10.8. REDES SOCIALES Y APOYO SOCIAL.....	61

**CAPITULO 3
METODOLOGÍA.**

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	62
1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	62
2. VARIABLES.....	63
2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES.....	63
2.1.1. PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.....	63
2.1.2. RESILIENCIA.....	63
2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	64
3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	65
3.1. POBLACIÓN.....	65
3.2. MUESTRA.....	65
4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	65
4.1. TÉCNICAS.....	65
4.2. INSTRUMENTOS.....	66
4.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	69

5. PROCEDIMIENTO.....	70
CAPITULO 4	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
1. DATOS GENERALES.....	71
2. PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA.....	74
3. RESILIENCIA.....	92
4. CUADRO DE CORRELACIONES.....	100
CAPITULO 5	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	101
CRONOGRAMA.....	105
BIBLIOGRAFÍA.....	106
ANEXOS.....	107

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno creciente y evidente en el mundo. Cada vez son más numerosas las personas mayores y las personas adultas que están en proceso de envejecimiento, acercándose lentamente a la fase final de sus vidas: La Vejez.

Hoy en día, podemos evidenciar que los adultos mayores son víctimas de la soledad, el abandono, la pobreza y el maltrato. La vulnerabilidad por la que atraviesan en nuestro medio afecta la calidad de vida que tienen y este va asociada con su personalidad, bienestar y la satisfacción por la vida que llevan ya que muchas veces no se les permite expresar sus sentimientos y su participación social es nula.

El bienestar psicológico cobra especial relevancia por identificar el grado de conformidad que tienen las personas adultas mayores con la vida que han llevado hasta el momento (Castro Solano, 2010), y su capacidad resiliente juega un papel importante a la hora de adaptarse a esta nueva etapa de sus vidas con sus múltiples variables ambientales y contextuales (Villalba Quesada, 2003).

De acuerdo con los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del Estado Plurinacional de Bolivia, llega a 10.027.254 habitantes, del total de personas empadronadas en el país, 878.012 son Adultos Mayores de 60 años y más; 468.934 son mujeres y 409.078 hombres

La investigación de esta problemática social se realizó por el interés de conocer el grado de relación que existe entre la percepción de calidad de vida y resiliencia del adulto mayor del Centro Nueva Esperanza de la ciudad de La Paz. Además ayudará a conocer las necesidades, la visión y las herramientas con las que cuenta el adulto mayor para

desenvolverse en la sociedad, ya que a consecuencia de los cambios por los que atraviesa, ya sean físicos, psicológicos o sociales asociados al proceso de envejecimiento los constituye como una población vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.

En cuanto a la selección del tipo de muestra fue del tipo intencional con el propósito de contar con la disposición de los participantes para la realización de entrevistas y la aplicación de los cuestionarios a los adultos mayores del Centro Nueva Esperanza. Se aplicó el WHOWOL- BREF que produce un perfil y visión de la calidad de vida a partir de cuatro dominios, siendo cada uno puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. Además se utilizó la Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993) para medir la capacidad de una persona de responder o hacer frente a las diversas situaciones de la vida pese a las posibles condiciones adversas que pueden presentarse, y salir fortalecido de ello. Esta escala de Resiliencia tiene como componentes: Confianza en si mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal, sentirse bien solo.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO NUEVA ESPERANZA, LA PAZ.

CAPITULO 1

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1. Área problemática

El avance de la ciencia y medicina, la higiene y nutrición, la condiciones y estilos de vida han ido en constante cambio por las exigencias del propio individuo y de la sociedad aumentando la demanda y el requerimiento de recursos económicos y no económicos para poder satisfacer las necesidades y asegurar de esta manera una vida con calidad, para ello es importante conocer las necesidades de cada individuo, y así tener la posibilidad de continuar con el desarrollo y mantener la independencia necesaria, además de tener una participación activa en la sociedad y contribuir en ella.

Los procesos de crecimiento y de deterioro están presentes durante todas las etapas de la vida. El envejecimiento es un proceso de cambios que se da a través del tiempo, es natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y se determinan por la historia y la cultura de los grupos y las personas. Cada persona envejece de manera diferente, y esto depende de las características innatas, de las que se adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante la vida.

La vejez es una etapa de la vida, la última. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo. La vejez tiene significados diferentes y para diferentes grupos. Para definirla, se debe tomar en cuenta la edad cronológica, física, psicológica y la edad social, para una mejor comprensión de esta etapa.

Los adultos mayores a medida que se vuelven más dependientes tienen como destinos posibles: el quedar a cargo de un familiar, de un cuidador, o la internación en

instituciones geriátricas destinadas a su atención y cuidado y en casos extremos son abandonados por la familia y buscan su propio destino. Las instituciones, centros de acogida entre otros lejos de ser lugares similares a sus hogares, brindan apoyo a las necesidades de los adultos, a nivel personal, social y bienestar psicológico, por otra parte también conllevan sentimientos de soledad, marginación y abandono.

De acuerdo con los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del Estado Plurinacional de Bolivia, llega a 10.027.254 habitantes, del total de personas empadronadas en el país, 878.012 son Adultos Mayores de 60 años y más; 468.934 son mujeres y 409.078 hombres.

Solo en el municipio de La Paz existe cerca de 100.000 personas de la tercera edad; de ellas, el 80% vive en situaciones de riesgo, en el que puede mencionarse casos de pobreza, violencia, abandono, situación de calle y otros, ya sea leve o extrema. Gran parte de los casos visualizados como el abandono y la violencia que sufren las personas de la tercera edad, son consumados por sus mismos hijos o familiares.

Para la atención de estos casos, el municipio cuenta con defensorías y también con las Casas comunales, las mismas llegan a 27. En estas casas cerca de cinco mil personas de la tercera edad reciben ayuda legal, talleres sobre derechos humanos, musicoterapia y revitalización que evita que se sientan aislados.

La vulnerabilidad por la que atraviesa el adulto mayor en nuestro medio afecta la calidad de vida que tienen ya que va asociada con su personalidad, con su bienestar y la satisfacción por la vida que llevan, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.

El bienestar del adulto, cobra relevancia al momento de identificar el grado de conformidad que tienen con la vida que han llevado hasta el momento (Castro Solano, 2010), y su capacidad resiliente juega un papel importante a la hora de adaptarse a

esta nueva etapa de sus vidas con sus múltiples variables ambientales y contextuales (Villalba Quesada, 2003).

Es necesario e importante que el adulto mayor vaya adquiriendo la capacidad de afrontar satisfactoriamente los distintos factores de riesgo que encuentra en su camino y lo largo de las experiencias que viva y a la vez estas contribuyan a fortalecerlo como resultado de alguna situación.

Se tomara en cuenta la presencia o no de resiliencia en el adulto mayor, entendiendo resiliencia como un proceso dinámico que permite a los individuos sobreponerse a situaciones adversas adquiriendo una adaptación y actitud positiva y vital (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Considerando lo señalado, evidentemente existen múltiples factores que afectan la calidad de vida de los adultos mayores, influyendo la estabilidad a nivel personal, social y emocional.

Es así que la calidad de vida, es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente, adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” (Velandia, 1994. Pag 300).

Por lo tanto, la descripción partirá del grado de relación entre la percepción de la calidad de vida y la resiliencia de los adultos mayores del Centro Nueva Esperanza, La Paz.

2. Problema de investigación

¿Cuál es el grado de relación entre la percepción de calidad de vida y la resiliencia de los adultos mayores del centro Nueva Esperanza, La Paz?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Describir el grado de relación entre la percepción de calidad de vida y la resiliencia de los adultos mayores del centro Nueva Esperanza, La Paz.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.
- Delimitar los factores psicosociales que influyen en la percepción de calidad de vida.
- Describir los tipos de percepción de calidad de vida.
- Evaluar la presencia de resiliencia.

4. Hipótesis

La percepción de la calidad de vida y la resiliencia tienen un grado de relación significativa en los adultos mayores del centro Nueva Esperanza, La Paz

5. Justificación

La presente investigación va orientada a la descripción del grado de relación de la percepción de calidad de vida y la resiliencia del adulto mayor del centro Nueva esperanza, La Paz.

El adulto mayor se ve afectado y enfrenta una realidad de marginación social por parte de la sociedad, lo que trae como consecuencia sentimientos de exclusión, depresión y baja autoestima. En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas necesarias que le permitan una buena adaptación, estas pueden ser: la motivación o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además siente que la sociedad no lo valora en la forma en que considera que sería lo justo. Por otra parte, existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido.

Es importante tomar en cuenta que, las personas adultas mayores en el plano psicológico pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. No obstante, la educación, la cultura y la experiencia adquirida durante la vida constituyen una buena base para reentrenar o reaprender las habilidades que van disminuyendo.

La vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y afectar en su salud mental. Entre algunos de los problemas por los que atraviesa el adulto, se puede mencionar: la presencia de alguna enfermedad crónico-degenerativa que muchas veces exige al adulto a modificar su independencia y formas de vida activa, la pérdida de la pareja, de algún amigo o de algún miembro de la familia, el aislamiento y soledad, el escaso ingreso económico, modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

El tipo de respuesta que el adulto mayor desarrolle ya sea a nivel personal o social ante las situaciones reales, le permitirá encontrar seguridad permitiéndole lograr cierto nivel de bienestar. Si se percibe que las necesidades están satisfechas, la calidad de vida y el bienestar de la persona de la tercera edad incrementaran.

El estudio sobre la percepción de calidad de vida y la resiliencia del adulto mayor ayudará a conocer las necesidades, la visión y las herramientas con las que cuenta para desenvolverse en la sociedad, ya que a consecuencia de los cambios por los que atraviesa, ya sean físicos, psicológicos o sociales asociados al proceso de envejecimiento los constituye como una población vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.

Es importante ver al adulto mayor como una persona con capacidades, habilidades, gustos, destrezas e intereses y que no son menos validos que los demás, es importante verlo como alguien con quien compartir, disfrutar, reír, hablar, vacilar, y no solamente como alguien que debe ser cuidado, aun así, asumiendo que con la adultez mayor una persona debe ser cuidada, pero a quien se le debe respetar todos sus derechos.

Se debe tomar en cuenta que el Centro “Nueva Esperanza” al que recurre el adulto mayor, brinda algunas herramientas que permiten su desarrollo ya sea a nivel físico, mental y emocional, logrando así que la calidad de vida de estas personas esté presente en mayor magnitud.

Se considera de vital importancia que la sociedad sepa que la calidad de vida de las personas adultas mayores se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad, además la satisfacción de sus necesidades de afecto y cariño permiten reforzar sus relaciones familiares y acrecentar su red de apoyo social para enfrentar en mejores condiciones la cotidianidad. La capacidad resiliente que desarrolle el adulto mayor también contribuirá en la percepción que tenga de la calidad de vida que lleva. Por lo tanto, se pretende informar sobre la situación por la que atraviesan los padres y abuelos en la actualidad y tomar conciencia sobre el trato que le damos al adulto mayor.

La presente investigación tiene una relevancia social ya que servirá de base para posteriores investigaciones en comunidades de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, además para que la población en general: padres, hijos, estudiantes, entre otros conozcan la realidad y la situación en la que vive el adulto.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

1. EL ADULTO MAYOR

1.1. Envejecimiento y vejez

Para tener una visión integral de una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial, ya que los cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica de los grupos y las personas.

El envejecer implica procesos decrecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida.

El envejecimiento es un proceso con una serie de complejos cambios y pérdidas que exigen a la persona la adaptación a nivel intelectual, social y afectivo-emocional, las mismas que dependerán de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo. Es por eso, que la persona que quiere mantener un buen nivel de bienestar, necesitará reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar jerarquía de metas y cambiar estrategias para conseguirlas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias.

Una de las esferas que se ve mayormente afectada en este proceso es la social, incluyéndose el abandono familiar, la incomunicación, la falta de oportunidad para su participación social.

Asimismo, se puede afirmar que de acuerdo con la forma en que las personas mayores satisfagan sus necesidades físicas, psicológicas, de independencia, espirituales, sociales y de su medio ambiente, más agradable les resultara el vivir diariamente.

En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida.

La vejez es una etapa de la vida, la última. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo. La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad:

1.1.1. La edad cronológica

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien adulto mayor o no, ésta por sí misma no brinda información de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

1.1.2. La edad física

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

1.1.3. La edad psicológica

El significado que cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos son causados por la edad, en ello

pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven.

1.1.4. La edad social

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social.

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores.

La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

“Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”.

1.2. Situación actual del adulto mayor en Bolivia

El envejecimiento de la población es un proceso que está ocurriendo en todas las regiones del mundo. Con las tasas de fecundidad que están disminuyendo y la esperanza de vida que está aumentando la proporción de las personas adultas mayores está creciendo cada vez más. Estudios muestran que Bolivia también está viviendo un proceso de envejecimiento, es decir, mientras nuestra población mayor de 60 años aumenta, la población joven disminuye.

De acuerdo al Censo nacional de población y Vivienda 2012 Bolivia tiene 10.027.254 habitantes, de los cuales 893.696 tiene 60 años o más de edad (424.486 o el 47,5% hombres y 469.210 o el 52,5% mujeres). Es decir 8,9% de la población boliviana tiene 60 años o más de edad. Comparando este dato con el dato de la proporción de personas adultas mayores del Censo 2001, cuando era 7%, es evidente que la población en nuestro país está envejeciendo. Se estima que para el 2020 existirán más de 1 millón de personas adultas mayores y para el 2050 esta cifra llegara a cerca de 3 millones.

1.3. Situación legal

Durante los últimos años, el marco legal en Bolivia referido al adulto mayor ha mostrado avance significativos: **la Ley general de las personas Adultas Mayores No. 369** fue promulgada por el presidente Morales el 1º de mayo del 2013 y tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores en el territorio boliviano, así como asegurar la institucionalidad para su protección. Esta Ley está basada en los artículos 67 y 69 de la Constitución política del estado, que establecen que todas las Personas Adultas Mayores tienen derecho a una vejez digna con calidad y calidez humana. Además prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación.

Dicha Ley garantiza el derecho de las personas adultas mayores, al acceso a una Renta Universal de vejez, a un desarrollo integral sin discriminación y sin violencia, al acceso a vivienda de interés social, a la provisión de alimentación suficiente que garantice

condiciones de salud, priorizando a aquellos que se encuentren en situación de vulnerabilidad.

1.4. Situación familiar del adulto mayor

Muy pocos de los adultos mayores viven solos: según los resultados de la EPAM 2011 los que habitaban en hogares unipersonales alcanzaban a 5,2% del total, 85,4% de las personas adultas mayores están casados(as) o viudos(as).

La EPAM 2011 revela que más del 60% de las personas adultas mayores se consideran jefa(a) del hogar, quienes son identificados como la persona responsable y/o la que toma las decisiones más importantes del hogar, con una mayor proporción en el área rural.

La persona mayor paulatinamente va limitando sus relaciones sociales hacia su círculo familiar y la situación conyugal se constituye en un elemento de fundamental importancia; al aumentar la posibilidad de perder la pareja aumenta el sentimiento de desamparo afectivo y soledad, lo que conlleva problemas de orden psicológico y social.

En la actualidad la mayoría de las familias bolivianas en el medio urbano y rural, atraviesan por una difícil situación socioeconómica lo que contribuye a la desprotección, el despojo de sus bienes y marginación de los ancianos por parte de sus familiares.

1.4.1. Vida afectiva

Las relaciones son muy importantes para el adulto, la familia es aun la fuente primaria de apoyo emocional.

Con frecuencia las relaciones entre hermanos se vuelven más estrechas al final de la vida que a comienzos de la edad adulta, en particular, las hermanas hacen el esfuerzo de mantener esos lazos.

Los matrimonios que subsisten hasta el final de la edad adulta tardía tienden a ser relativamente satisfactorios, pero las dificultades surgen en los aspectos de personalidad, salud y camino de los roles, que pueden requerir ajustes de ambas partes.

Hablando de la vida afectiva y sexual de los mayores, este es el ámbito que con demasiada frecuencia se deja aparcado para no tener que abordarlo. Basta decir que si existe un aspecto intrínseco al ser humano que difícilmente puede anularse es la capacidad de sentir y para amar, independientemente de la edad que se tenga. El envejecimiento es un proceso fisiológico, no una enfermedad, por lo que la aproximación al sexo de cada persona no depende directamente del hecho en si de cumplir años, sino de la manera que la persona haya vivido y disfrutado de su propia sexualidad.

Durante la vejez, las relaciones personales y familiares siguen siendo un aspecto fundamental en la vida de las personas, en esta etapa, más que otras, se suele acumular pérdidas afectivas. El grupo familiar cercano suele verse reducido debido a las exigencias de la sociedad actual y la forma en que organiza el cuidado de los mayores ya no es exclusivo de la familia sino que tiene a compartirse con otros apoyos más formales.

La estabilidad afectiva con la que llegan las personas a la vejez tampoco es igual en todos los individuos sino que va a depender de lo que hayamos tenido, de las relaciones interpersonales que hayamos mantenido, de la propia sensación de haber disfrutado de la vida.

1.4.2. Relaciones con los hijos adultos

Los vínculos entre padres e hijos mantienen su fuerza en la vejez. Los hijos proporcionan un vínculo con otros miembros de la familia, en especial con los nietos. Los padres que establecen una buena relación con sus hijos adultos tienen menor probabilidad de sentirse solos o deprimidos que aquellos cuya relación con sus descendientes no son tan buenas (Koropecj-Cox, 2002).

La mayoría de los ancianos tienen hijos, pero, debido a las tendencias globales hacia la reducción de las familias, tienen menos hijos que las generaciones previas (Dobriansky, 2007; Kinsella y Phillips, 2005).

La relación entre madre e hija suele ser muy cercana. El equilibrio de la ayuda mutua entre los padres y sus hijos adultos tiende a cambiar a medida que los padres envejecen, ya que ahora son los hijos quienes proporcionan más ayuda. La disposición de las madres, pero no de los padres, a pedir ayuda a los hijos adultos refleja sus estilos anteriores de crianza. Es más probable que las madres cálidas y sensibles pidan ayuda financiera o consejo personal que las madres que fueron más dominantes o restrictivas durante la adolescencia y la adultez temprana de sus hijos (Schooler, Revell y Caplan, 2007)

Los padres adultos que aún pueden brindar ayuda financiera a sus hijos a menudo continúan haciéndolo (Kinsella y Phillips, 2005), ya que muchos de ellos siguen mostrando mucha preocupación por sus hijos, se preocupan si tienen problemas graves y pueden considerar esos problemas como signo de su fracaso como padres.

1.4.3. Relaciones con los hermanos

Los hermanos y hermanas desempeñan papeles importantes en las redes de apoyo de los ancianos. Los hermanos, más que otros miembros de la familia, proporcionan compañía, igual que los amigos, pero también apoyo emocional (Bedford, 1995). El conflicto y la rivalidad abierta por lo general disminuyen en la vejez, y algunos hermanos intentan resolver las disputas anteriores; sin embargo, pueden permanecer algunos sentimientos subyacentes de rivalidad, sobre todo entre los varones (Cicirelli, 1995).

Entre más cerca vivan los adultos de sus hermanos y más hermanos tengan, más probable es que confíen en ellos (Connidis y Davies, 1992), las reminiscencias de las experiencias compartidas se rememoran con más frecuencia en la vejez y pueden ser de ayuda para evaluar la vida y poner en perspectiva la importancia de las relaciones familiares (Cicirelli, 1995).

Las hermanas son muy importantes para el mantenimiento de las relaciones familiares y el bienestar, posiblemente debido a la expresividad emocional de las mujeres y su papel tradicional en la crianza (Bedford, 1995; Cicirelli, 1989, 1995). Los ancianos que están más cercanos a sus hermanas se sienten mejor acerca de la vida y se preocupan menos por la vejez que quienes no tienen hermanas o vínculos fuertes con ellas.

Aunque la muerte de un hermano en la vejez puede entenderse como una parte normativa de esta etapa de la vida., los sobrevivientes se afligen intensamente y pueden volverse solitarios y depresivos. La pérdida de un hermano representa no solo la pérdida de alguien en quien apoyarse y un cambio en la constelación familiar, sino tal vez una pérdida parcial de la identidad. Llorar por la muerte de un hermano es hacerlo por la integridad perdida de la familia original dentro de la cual uno llegó a conocerse y puede hacer el sobreviviente se percate de la cercanía de la muerte (Cicirelli, 1995).

1.5. Maltrato del adulto mayor

El Centro de Orientación Socio Legal para ancianos de la ciudad de La Paz, indica que en Bolivia, los niveles de violencia familiar e institucional, despojo de bienes y abuso contra las personas adultas mayores, llega a una cifra que asciende a un 52%.

Dentro del maltrato que se da a los adultos mayores por parte de la sociedad se manifiesta en la pérdida de los valores de respeto y consideración y gratitud hacia los adultos, maltrato recibido por parte de los transportistas y servicios de salud, además de la familia que se caracteriza por la indiferencia cotidiana y la falta de paciencia.

Algunos de los aspectos que forman parte del maltrato y son señalados por los adultos mayores, son los siguientes: pérdida de interés de los hijos acerca de las vivencias de sus padres, falta de comunicación, presión por recibir herencias, préstamo de dinero que no es devuelto, los hijos o nietos dispones de los bienes del anciano y pueden llegar al despojo, egoísmo en la alimentación, hacerles sentir inútiles, como carga para la familia, tratarlos como a niños y delegarles tareas domésticas recargadas.

1.5.1. Desatención o abandono.

Ocurre cuando el cuidador no brinda el cuidado adecuado abandona a un adulto mayor, Este es el tipo más común de maltrato a personas adultas mayores.

1.5.2. Maltrato físico

Es el uso de la fuerza física con el propósito de provocar dolor o lesiones. Los ejemplos incluyen golpes, empujones o restricciones al adulto mayor.

1.5.3. Maltrato emocional y verbal

Ocurre cuando una persona utiliza palabras o realiza acciones no verbales para provocar dolor emocional al adulto mayor. Los ejemplos incluyen gritar, ignorarlo o burlarse de él.

1.5.4. Abuso sexual

Ocurre cuando una persona participa en actos sexuales con un adulto mayor sin el consentimiento de este. Los ejemplos incluyen mantener relaciones sexuales y tocarlos o desvestirlos de forma inadecuada.

1.5.5. Explotación financiera

Consiste en utilizar el dinero o los bienes de un adulto mayor sin su consentimiento. Los ejemplos incluyen el uso de tarjetas de crédito p cheques, robar joyas o robar la identidad de la persona. Los adultos mayores también pueden ser explotados financieramente por organizaciones o estafadores. Por lo general, esto ocurre cuando el adulto mayor entrega dinero a un fondo de caridad o de inversión falso o entrega dinero para reclamar algún beneficio.

1.5.6. Signos de advertencia de maltrato

Es posible que un adulto mayor que está siendo desatendido o está siendo maltratado física, emocional o sexualmente presente uno o más de los siguientes signos de advertencia, ya sean físicos o conductuales:

- Lesiones de origen desconocido, como cortes, quemaduras, o fracturas óseas.
- Marcas en el cuerpo de origen desconocido, como cicatrices o moretones.
- Afecciones medidas no tratadas, como no recibir medicamentos o no recibir la cantidad adecuada de los mismos.
- Cambios en la conducta o en la personalidad, como el aislamiento o la depresión.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Sangrado vaginal o anal de origen desconocido.
- Mecanismos utilizados para sobrellevar una situación, como balancearse hacia adelante o hacia atrás o hablarse a sí mismo.
- Pérdida de peso u otros síntomas de desnutrición o deshidratación.
- Problemas de higiene personal, como piel o ropa sin lavar, o condiciones habitacionales sucias.

Los signos de advertencia de explotación financiera incluyen una o más de los siguientes puntos:

- Retiros de origen desconocido de la tarjeta para cajeros automáticos del adulto mayor, de su cuenta de ahorros o bonos.
- Compras de origen desconocido o compras inusuales con sus ahorros.
- Pérdida de joyas, dinero en efectivo u otros objetos de valor.
- Inversiones u ofrecimientos de premios sospechosos o “demasiado buenos para ser reales”.

Es posible que un cuidador que maltrate a un adulto:

- Se niegue a dejarlo solo con el adulto mayor.

- Amenace al adulto mayor, se burle de él o discuta con él frente a alguien.
- No responda a sus preguntas sobre el cuidado del adulto mayor.
- Parezca estar poco capacitado o tener mucho trabajo.

1.6. Bienestar Social del Adulto Mayor

1.6.1. Salud

La salud no es la ausencia de enfermedad. Es una situación de bienestar físico, psicológico, social y espiritual en armonía con el ambiente. La salud es producto de cómo vivimos y donde vivimos, es parte de la calidad de vida y depende de todos. La salud no es sólo un estado ni un favor, se considera un derecho. El abordaje es político e incluye la participación de los individuos (MEJIA BASTOS, Ximena. **Protección social para todos**, por el derecho de las personas mayores a una pensión social, salud y trabajo digno. Pág. 41)

A partir de los datos obtenidos de los ancianos indocumentados del Centro de Orientación Socio Legal se puede observar la poca asistencia médica con que cuentan y la importancia que tiene la medicina tradicional y casera pues cuando están enfermos la mayoría afirma que acude a la medicina casera y al curandero (45% en La Paz y 62.5% en El Alto).

Según los resultados de la EPAM 2011 más del 62% de las personas adultas mayores percibe que su salud no es buena (60,5 en el área urbana y 65,7% en el área rural).

El porcentaje de las personas adultas mayores que están cubiertas por algún seguro de salud son aun bajos: 55,7% de las personas entre 60 y 74 años y 60,6% de las personas de 75 años y más en el área urbana y 54% de las personas entre 60 y 74 años y 53,7% de las personas de 75 años y más en el área rural. En ambos casos, el mayor número de personas adultas mayores que están siendo cubiertas por algún tipo de seguro de salud son protegidas por seguros públicos.

1.6.2. Educación

La educación de adultos en Bolivia es:

- Popular, por el derecho que tienen todos a la educación.
- Liberadora, se constituye en un proceso de ruptura del sometimiento y dependencia nacional.
- Democrática y participativa, porque se reconoce a todos el derecho de educarse y porque la participación del sujeto de la educación es activa y decisiva de su propia educación.
- Respetuosa de la identidad cultural.
- Intercultural, de acuerdo con la naturaleza multiétnica, pluricultural y multilingüe del país.
- Es bilingüe cuando atiende a población monolingüe o bilingüe hablante de un idioma originario y propicia el aprendizaje de un idioma originario como segunda lengua, cuando atiende a población hablante castellano.

De acuerdo a datos estadísticos brindados por el INE, el nivel de alfabetismo y educación en nuestro país ha incrementado de 48.08% a 75.18% de adultos mayores que han aprendido a leer y escribir (INE).

1.6.3. Vivienda

Según los datos obtenidos en la campaña de documentación de 1997 en La Paz y El Alto, la mayor parte de las personas ancianas habita una casa propia en la cual además vive por lo general la familia de por lo menos uno de los hijos. Son menos los que pagan alquiler en el Alto que en La Paz. Se señala que son pocos los que viven en asilos.

No existen programas ni gubernamentales ni privados que estén dirigidos a proveer de vivienda a los ancianos.

1.7. Actividad económica del adulto mayor en Bolivia

En Bolivia, la protección de una pensión de jubilación alcanza solamente al 20% de la población de 60 y más años, en las ciudades del eje este porcentaje llega al 27% de las personas beneficiadas, solamente una de cada cinco es mujer.

A la falta de previsión social se suman los bajos montos de las prestaciones sociales las restricciones impuestas por la privatización del sistema de pensiones en 1997, para el acceso a la jubilación antes de los 65 años.

Como resultado, las personas mayores se ven obligadas a trabajar hasta edades avanzadas para subsistir. Esta situación es similar en el campo y en las ciudades. Lo cual no significa desconocer a las personas que optan por permanecer activas mientras sus capacidades lo permiten, por la importancia que tiene el trabajo como fuente de identidad, participación social y bienestar personal y familiar.

La concurrencia de estos factores determina una larga permanencia de los adultos mayores en la actividad económica, que además aumenta en el tiempo. En 2001, la tasa de participación (TP) de los adultos mayores en las ciudades del eje era de 38.4% y en 2010 esta se elevó hasta 44% para ambos sexos. Este año, más de la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres de 60 y más años permanecía en el mundo del trabajo (ESCOBÁR DE PABÓN, Silvia. **Los adultos mayores en el mundo del trabajo urbano**. Pág. 22).

2. CALIDAD DE VIDA

2.1. Aproximación histórica

El término Calidad de vida, como tal, recién se consolidó por la década de los setentas, es por ello que no existen referencias históricas-bibliográficas anteriores de este concepto. Empero, es posible realizar una aproximación histórica de su desarrollo con relación a términos afines, como: salud, bienestar y felicidad, que poco a poco han ido ampliando así el espectro de dimensiones incorporadas para su concepción (García, 1991).

Al inicio, la calidad de vida estuvo vinculada al cuidado de la salud personal e higiene pública. Harris (1990) sostiene que civilizaciones antiguas como la egipcia, griega, hebrea y romana fundaron la tradición occidental de la preocupación por la salud del sujeto, cuyos pilares eran: la higiene personal y su alimentación. Durante este periodo, la salud era considerada como la existencia de un espacio público y colectivo en el que la vida social podía libremente desarrollarse.

Durante la edad media, según Piédrola (1991), se produjo un cambio en las conductas relacionadas con la higiene, a nivel público y privado, este abandono de las formas de saneamiento fue resultado del pensamiento de la época: “desprecio por lo mundano” y la “mortificación de la carne”.

A posterior, se trató de normar la preocupación estatal por la salud. Moreno y Ximénez (1996) afirman que las primeras normas legales en el área de Salud Pública se distaron en Inglaterra hacia el siglo XVII y un siglo después de Francia y luego en Alemania e Italia.

Durante el siglo XVIII y principios del XIX se realizan mayores progresos en la legislación, para la regulación de la enfermedad y los accidentes, la maternidad, la vejez y la muerte, emergiendo de este modo el área del bienestar social dentro de la salud pública.

En este último periodo mencionado se destacan el “informe Chadwick” en Inglaterra el año 1842 y el “Informe Shattuk” de estados Unidos el año 1850, que dan los primeros pasos hacia la construcción de la aceptación de la Salud Pública, ya que analizan conjuntamente la salubridad pública, condiciones de trabajo, la dieta y el sistema de escolarización, el estado de las viviendas y de las ciudades y las formas de vida de los diferentes estratos sociales (Piédrola, 1991).

Este último autor citado también menciona que, luego en el siglo XIX, el reconocimiento de los derechos humanos y ciudadanos dio lugar a nuevas formas de calidad de vida abordando la esfera social y política. Se reconoció la actividad y la acción individual de la lucha política, la libertad de creencias y libre expresión.

Después de la segunda guerra mundial, según expresa el mismo autor, con la instauración de una economía en el mercado, el empuje de la iniciativa privada y el establecimiento de sistemas fiscales, la calidad de vida se ha asociado al desarrollo económico, al mercado el consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos. Esta concepción olvida aspectos cualitativos, ya que el bienestar económico y material no es determinante del bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y el sentimiento de felicidad.

El mismo autor indica que, un concepto más amplio de calidad de vida, no apareció en la literatura científica hasta la segunda mitad de los 60, consolidándose en 1975, ligado a la medicina. Así, la evaluación de las condiciones materiales de la vida contaba con unas largas tradiciones científicas y con datos estadísticos útiles, poblacionales o de otra índole.

Posteriormente, el concepto se extiende en otras áreas, como la psicología, la sociología, desplazando a otros términos más difíciles de operacionalizar, como felicidad o bienestar. De este modo se desarrolla la vertiente subjetiva de la calidad de vida analizando los fenómenos psicosociales implicados, cuestiones de carácter sociológico o antropológico que pudiesen fundamentar las diferencias entre los grupos y las personas (Moreno & Ximénez, 1996; Fernández, 2009).

2.2. Aproximación conceptual

Para la definición conceptual de calidad de vida, se debe tomar en cuenta aspectos fundamentales cuando se elabora este constructo, en función de diferentes culturas, valorando la subjetividad, la multidimensionalidad y la presencia de aspectos positivos y negativos. Debido a esta variabilidad y subjetividad del concepto, no existe un consenso sobre su definición.

Fernández (1997), plantea cuatro formas divergentes de analizar la calidad de Vida:

- La percepción subjetiva que los individuos tiene sobre ciertas condiciones.

- Las condiciones subjetivas y objetivas.
- Un concepto ideográfico donde es el sujeto el que establece sus factores integrantes.
- Un concepto nomotético que permite establecer un patrón de Calidad de Vida general para todos los sujetos.

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales; pero también la intervención de disciplinas como ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que contribuyeron al estudio de la misma. Por tal motivo al momento de definir calidad de vida, pueden existir múltiples conceptos que pueden estar asociados, con nivel de vida o estilo de vida, bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

La Organización de la Naciones Unidas plantea que la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida. Levi y Anderson (1980) delimitan el concepto: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”.

Es por eso que la calidad de vida es definida como un constructo complejo, multifactorial, donde existe la dualidad subjetiva-objetiva, por ejemplo: Cella (1988), considera que la calidad de vida es la apreciación y satisfacción que siente el sujeto respecto a su nivel de funcionamiento actual en base a lo que este es ideal.

Otros estiman que la calidad de vida es la combinación entre la calidad de las condiciones de vida y la satisfacción de ponderaciones por la escala de valores, aspiraciones, expectativas personales y aspiraciones que el sujeto tiene de la misma (Dennis, Williams, Giangreco & Cloninger, 1994; Felce & Perry, 1995).

La vida encierra muchos aspectos y todos deben ser tomados en cuenta al hablar de calidad de vida ((Alarcón, 2006), es por ello que se toma en cuenta el aspecto biopsicosocial, estos tres ejes se relacionan de manera continua permanente, y en ocasiones las líneas entre uno y otro son tan borrosas que al hablar de cada una necesariamente se involucran elementos de los otros dos.

El concepto de calidad de vida, aún sigue siendo un concepto difuso, se refiere a aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivos, incorporándose a la definición aspectos sociales, físicos y psicológicos (Alvaro & Paez, 1996).

Ya en 1948, la O.M.S: fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida, pero su definición no fue muy satisfactoria para muchos autores. En 1991, se retoma el tema y se agrupan expertos de diferentes países, quienes brindan una definición y un consenso básico que permite dar unidad a este complejo campo (Schwartzman, 2003).

En el programa de Salud Mental de la O.M.S. realizado en el Foro Mundial de la Salud, de 1996, se lanzó formalmente la definición de Calidad de Vida como la “percepción individual de la propia posición en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que se vive, y en relación con los propios objetivos, expectativas, intereses, normas y preocupaciones” (O.M.S., 2006).

2.3. Enfoques teóricos sobre la calidad de vida

Para Fernández (2009, 17) existen diferentes enfoques que estudian teóricamente la calidad de Vida, estos son: biólogo, psicológico, ecólogo, economista y sociólogo.

2.3.1. Enfoque Biólogo

Analiza la calidad de Vida centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.

2.3.2. Enfoque Psicosocial.

Analiza la valoración de la persona sobre su propia Calidad de Vida y sobre sus emociones y sentimientos al respecto de esta. Considera los modos de afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como las socioambientales desde la percepción personal.

2.3.3. Enfoque Ecólogo.

La valoración de la Calidad de Vida se realiza desde el análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Considera principalmente las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.

2.3.4. Enfoque Economicista.

Determina el nivel de Calidad de Vida en función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos, grupos o comunidades.

2.3.5. Enfoque Sociólogo.

La Calidad de Vida es analizada en función del conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman una comunidad. Valora la influencia de las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales ofertados a la comunidad y otros,

2.4. Evaluación de la calidad de vida

Dentro de la evaluación de la Calidad de Vida se preguntan aspectos sobre “la satisfacción global con la vida, como también aspectos que se encuentran dentro de esta, como la satisfacción con dominios específico como: la vivienda, el ocio y el tiempo libre, el medio ambiente, la educación, el trabajo y las relaciones interpersonales” (Blanco y Chacón, 1985 citado en Álvaro & Páez, 1996).

Álvaro y Páez (1996) indican que las escalas de satisfacción vital, también se usan para medir la calidad de vida, incluyen indicadores sociales o comunitarios, como las tasas de desempleo, suicidio, mortalidad infantil, y criminal, el ingreso per cápita, el nivel educativo, la oferta de posibilidades de ocio e indicadores de contaminación ambiental deben tomarse en cuenta.

Generalmente las escalas de calidad de vida unifican escalas de síntomas y de bienestar, además de integrar el funcionamiento social del sujeto. Escalas especificadas, para evaluar este último aspecto, incluyen la capacidad de afrontamiento, el estrés percibido, el nivel de apoyo social percibido y la satisfacción vital entre otros. Estas medidas junto con las ya descritas sobre ansiedad y depresión, pueden considerarse como indicadores de la calidad de vida individual y colectiva (Álvaro & Páez, 1996).

La O.M.S. (Julio, 2002) a través de estudios multicéntricos ha propuesto el uso de instrumentos de medición comunes de Calidad de Vida como: el cuestionario Whoqol-100 y el Whoqol-Bref, con la finalidad de realizar un análisis comparativo de las realidades de distintas regiones del mundo.

2.5. Dimensiones de la calidad de vida

Las dimensiones de la Calidad de Vida según Álvaro & Páez (1996) son: la salud mental, la integración social y el bienestar general.

La O.M.S. considera seis dimensiones:

- Física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso).

- Psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen u apariencia corporal, sentimientos negativos).
- Grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo).
- Relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual).
- Entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte).
- Espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales).

El grupo de investigación WHOQOL (1998), toma en cuenta cuatro dimensiones de la calidad de vida:

2.5.1. Dimensión física.

Dentro de esta dimensión se encuentran aspectos como: el dolor físico, la energía, el sueño, la movilidad o movimiento, la actividad física, la medicación y el trabajo físico.

2.5.2. Dimensión Psicológica.

Esta categoría comprende los sentimientos tanto positivos como negativos, pensamientos, autoestima, estimación y aprecio, y espiritualidad.

2.5.3. Dimensión Social, Relaciones Sociales.

Compuesta por las relaciones con al semas personas, el apoyo de otros y la sexualidad del individuo.

2.5.4. Dimensión Medio Ambiente.

Esta última dimensión está compuesta por la seguridad, el lugar de residencia, la situación económica o financiera, los servicios, la información, el ambiente físico, el transporte y ocio.

2.6. Elementos importantes en la calidad de vida de los adultos mayores

A continuación se revisarán los elementos importantes que conforman el concepto calidad de vida en los adultos mayores:

2.6.1. Especificidad

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros.

La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo.

2.6.2. Multidimensional

La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socioambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente.

Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida.

Toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida. Los avances en la aproximación a este tema se visualizan en el cambio de enfoque que ha ocurrido en los últimos años, hoy se entiende al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores” (Fernández, 2009, p.21).

2.6.3. Aspectos objetivos

La calidad de vida considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad. Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar, como por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros.

2.6.4. Aspectos subjetivos

El concepto calidad de vida implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros.

Por tanto, para evaluar la calidad de vida es necesario considerar las apreciaciones y valoraciones de los adultos mayores en relación a sus relaciones familiares, de amistad y redes de apoyo social y laboral.

La evolución de este concepto muestra la combinación de componentes subjetivos y objetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida “objetivas” de una persona, junto a la satisfacción que ésta experimenta frente a estos múltiples factores.

3. Resiliencia.

3.1. Marco histórico de la resiliencia

El concepto resiliencia no es nuevo en la historia, corresponde a un término que surge de la metalurgia y se refiere a la capacidad de los metales de resistir su impacto y recupera su estructura.

Este término también es usado en medicina, en la que la osteología acuña el concepto para expresar la capacidad de los huesos de crecer en el sentido correcto después de una fractura (Suárez y Ojeda, 1993; en Bertrán, Noemí Romero, 1998).

Por otro lado para las ciencias sociales, la resiliencia correspondería a la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o, incluso, transformado (Grotberg, 1996; en Bertrán, Noemí, Romero, 1998).

La concepción de resiliencia como una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, empezó a desarrollarse con un marco teórico moderno gracias al psiquiatra inglés Michel Rutter y sus colaboradores. Dichos estudios se realizaron en Gran Bretaña y constituyeron un paso importante en el desarrollo de esta concepción.

Otro momento importante en el estudio de la resiliencia lo constituyó el aporte de Emy Werner, psicóloga americana, quien siguió el desarrollo de los niños nacidos en familias con problemas en la isla de Kauai (Hawai), constatando que contra toda esperanza, algunos niños terminan por hacerse adultos felices y constructivos. También se encuentran otras investigaciones sobre resiliencia citadas por el Dr. Friedrich Lósel como el estudio con madres esquizofrénicas o deprimidas en estados Unidos de Garmeiz et al; y Sanerauo et al; con padres divorciados de Cowen et al; con familias que han sufrido severos problemas económicos de Elder et al; en estudios longitudinales en Nueva York de Thomas y Chess, en Inglaterra : Osborn,Rutter et al; en California:

Block y Block; Kansas: Vaillant; en niños de la calle en América del Sur: Felsman y en instituciones de Bienestar Social en Europa: Lösel y otros.

Esta capacidad es sometida a prueba, o más bien dicho se activa frente a situaciones de estrés severo y prolongado, lo que genera a su vez, una serie de condiciones que provocan mayor resistencia o vulnerabilidad.

Esta capacidad sería dinámica, por lo que se puede estar más que ser resiliente. Obedece a un impulso vital innato del ser humano, que lo lleva a negarse a renunciar y, por otro lado, a unir su energía para salir adelante. Existe por lo tanto, un espíritu porfiado de superación que emerge al enfrentar situaciones que parecen insuperables; lo cual se grafica en el mito de Sísifo.

“un hombre que empuja una pesada roca cuesta arriba de una montaña, y poco antes de llegar a la cima - a pesar de usar toda su fuerza- se le escurre y cae al valle. Sin embargo, Sísifo, vuelve siempre a no escatimar esfuerzo por vencer al límite y, a duras penas, tolerarla fatiga y se sobrepone”.

Por lo tanto, la resiliencia surgiría de la interacción entre los factores personales y sociales y se manifiesta de manera específica en cada individuo. Estas diferencias individuales, serían producto del procesamiento interno del ambiente (Kotliarenko, Dueñas, Cáceres, 1996, en Bertrán, Noemí, Romero, 1998).

Así, frente a circunstancias de mayor vulnerabilidad surgen ideas, habilidades, intuiciones, conocimientos e impulsos que reconectan con la vida, bajo el alero de este impulso a crecer y desarrollarse, aun en situaciones difíciles.

Es importante mencionar que existen factores de riesgo, los cuales consisten en situaciones estresantes (resultado de la interacción del individuo con el ambiente) que afectan la vulnerabilidad de una persona, entendiéndose por esta última “la predisposición de desequilibrio de una persona”.

3.2. Modelos de estudio en resiliencia.

Desde los primeros estudios en resiliencia, ya aparecen dos modelos fundamentales para abordar el estudio de este concepto: Modelos centrados en las variables y modelos centrados en la persona.

Ambos modelos presentan ventajas y desventajas, por lo que numerosos investigadores han intentado combinar diseños de estudio que combinen los dos modelos fundamentales de estudio en Resiliencia.

3.2.1. Modelos centrados en las variables

Los modelos centrados en las variables intentan medir el grado de adversidad, y estudian las variables que aparecen en estas situaciones de adversidad, y cómo los individuos se enfrentan a estas situaciones, estudiando que habilidades o capacidades se emplean para compensar esta situación de adversidad.

Estos modelos de estudio maximizan el poder de la estadística, y proporcionan información acerca de factores predictores, factores de riesgo y factores protectores, y la relación de estos con las consecuencias.

Proporcionan información muy valiosa para elaborar proyectos de intervención, sobre todo a nivel contextual.

Desde estos modelos de investigación en Resiliencia, se estudia la relación entre factores (riesgo, predictores y protectores) con diferentes conductas:

Resilientes o desadaptadas. Estos estudios concluyen que no existe relación de causalidad entre ninguno de los factores y Resiliencia. Esto significa que ningún factor es causa necesaria o suficiente para que aparezcan conductas resilientes o desadaptadas.

Existen diferentes tipos de modelos centrados en las variables:

3.2.2. Modelos sumativos.

Desde estos modelos se explicaban las conductas de resiliencia como la diferencia entre la suma de factores protectores y la suma de los factores de riesgo. Desde este punto de vista, los modelos de intervención deberían poner toda su energía en aumentar el número de factores protectores y disminuir el número de factores de riesgo. Esto sería suficiente para conseguir conductas resilientes desde la perspectiva de los modelos sumativos.

3.2.3. Modelos de interacción.

Desde estos modelos se contempla la interacción que existe entre factores de riesgo y factores protectores, así como la interacción entre personas y ambiente. También se tiene en cuenta que un mismo factor puede ser de riesgo o protector según la persona, e incluso, puede cambiar su signo en una misma persona según su situación

3.2.4. Modelos indirectos.

Consideran que en ocasiones, muchos factores considerados de riesgo o protectores no actúan o inciden directamente sobre la persona, sino que las consecuencias de estos factores son las que inciden sobre la persona, así un factor por sí mismo en muchas ocasiones no es considerado de riesgo ni protector para una determinada persona, sino que dependiendo de las consecuencias que ese factor cree en el entorno, así será la influencia en la persona.

3.2.5. Modelos centrados en la persona

Los modelos centrados en la persona estudian grupos diferentes de personas, que viven en diferentes situaciones y que las resuelven de diferente forma, para ver qué diferencias personales existen entre las personas que muestran conductas resilientes y las que no, y observar posibles diferencias entre personas que viven en entornos “normales” y adversos.

Estos modelos pretenden conocer cuáles son las características de las personas resilientes, en comparación con personas que no presentan conductas resilientes. Los resultados de este tipo de estudios proporcionan información acerca de las características personales de los individuos resilientes, así como de las diferencias existentes entre personas resilientes y personas que no desarrollan conductas adecuadas o adaptadas a su medio.

Estos estudios concluyen en la relación e interacción entre todas las variables personales, y muestran que no podemos hablar de variables personales suficientes o necesarios para la Resiliencia, sino que es el producto de la relación e interacción de diferentes variables. Existen diferentes tipos de estudios centrados en las personas:

- Estudio de casos de personas resilientes: Las primeras investigaciones en Resiliencia se centraron en, una vez identificados grupos de personas resilientes, estudiar qué características presentaban estas personas. Como fruto de estos estudios aparecieron las primeras clasificaciones de características de las personas resilientes.
- Comparación entre dos subgrupos con alto grado de adversidad. Unos bien adaptado y otro mal adaptado:
Constituye el tipo de investigación en Resiliencia más clásico de entre los diferentes tipos de estudios centrados en la persona: con estos estudios se pretende identificar las diferencias individuales entre las personas resilientes, que logran normalizar su vida después de vivir en una situación de adversidad, y las personas que viviendo en esa “misma” situación de adversidad, no consiguen normalizar su vida, o sus conductas son consideradas como inadaptadas o inadecuadas.
- Comparación entre cuatro subgrupos, dos que viven en situación de adversidad y dos que viven en situación normalizada. En cada uno de los contextos se estudia a un grupo adaptado y a otro: Este modelo de estudio en Resiliencia fue el último

en aparecer, y el más complejo y costoso en diseño, pero el que más información proporciona. Al igual que en el modelo de estudio anterior, en estos modelos se obtiene información acerca de las diferencias entre personas resilientes y personas mal adaptadas, que han vivido en una situación similar de adversidad, con el objetivo de determinar cuáles son las diferencias personales entre ellos.

Además, compara a estos dos subgrupos que viven en situaciones de adversidad, con dos subgrupos que viven en situaciones consideradas normales. Con este diseño se consigue información acerca de si existen diferencias entre los dos subgrupos normalizados, pero que han vivido en situaciones muy diferentes, y diferencias en los dos subgrupos mal adaptados, que también han vivido en situaciones muy diferentes.

Estos estudios (Masten, 1999) muestran que los subgrupos bien adaptados tienen competencias y resultados similares en educación, conductas adaptativas y relaciones sociales. Sus características psicológicas son también muy similares, incluidas mejor CI y mejor autoestima, que los grupos mal adaptados. Algo similar ocurre con los dos subgrupos mal adaptados, quienes comparten características psicológicas y sociales.

La mayoría de investigadores asumen que Resiliencia es el resultado de la interacción entre muchos y diferentes factores ambientales y personales, de ahí la tendencia a combinar estos dos modelos de estudio, con el objetivo de obtener más información desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Como resultados de estos estudios, se han construido numerosas listas o clasificaciones de variables individuales y ambientales, que intentan identificar y definir Resiliencia. En todas estas clasificaciones subyace la idea de que ninguna de las variables relacionadas con Resiliencia es suficiente o necesaria para poder hablar de resiliencia.

Una de las clasificaciones que mejor resume las variables, personales y ambientales, que correlacionan positivamente con Resiliencia es la elaborada por Anna Masten. Según Masten (2004) los principales factores predictores de Resiliencia son:

- Uno o más padres efectivos

- Cuidados de otros adultos
- Habilidades cognitivas, de atención y de resolución de problemas
- Reguladores efectivos de emociones y atención
- Autoestima y autoeficacia percibida como positivas
- Esperanza
- Afiliaciones religiosas
- Aptitudes valoradas por la sociedad
- Amistades adaptadas
- Ventajas socioeconómicas.
- Escolarización efectiva
- Comunidad o contexto favorecedores (centros sociales, escuela, centros juveniles).

3.4. Desarrollo del concepto de resiliencia

Los orígenes del concepto de resiliencia se enmarcan en dos corrientes:

La primera comenzó en la década de los 70 y se originaron al interior de las ciencias sociales, partiendo de la pregunta ¿Qué distingue a aquellos niños que se adaptan positivamente de aquellos que no se adaptan a la sociedad en un contexto adverso? Tratando de identificarlos factores de riesgo y de resiliencia que influyen en el desarrollo de los niños que viven en condiciones de adversidad. Los principales investigadores de esta corriente son Emma Wernery Ruth Smith (Melillo y Suarez, 2006), quienes lograron identificar tres pilares de la resiliencia:

- Los atributos individuales.
- Aspectos de la familia.
- Características del ámbito social.

La segunda corriente se inició en los años 90 que parte de la pregunta ¿Cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva, dado que la persona a vivido o vive en condiciones de adversidad? Esta corriente tiene dos pioneros que son Michael Rutter y Edith Grotberg, quienes introducen la noción de que existe un componente dinámico entre los factores que son la base de adaptación resiliente. Posteriormente en principios del milenio aparecieron nuevos investigadores, tales como Luthar, Masten, Kaplan y Benard quienes construyen un modelo ecológico-transaccional y mencionan que:

.... Resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una reacción recíproca que permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad (Infante, 2001).

Por otro lado surge otra perspectiva, citada por Rutter (1996) quien menciona que el concepto de resiliencia se conforma a través de tres áreas de investigación:

- Una que proviene de la consistencia que muestran datos empíricos al estudiar poblaciones de alto riesgo, donde se establecen las diferencias individuales existentes en los hijos de padres mentalmente enfermos.
- Otra se refiere a estudios sobre temperamento realizados en Estados Unidos por Thomas, Birch, Chess, Hertzling y Korn en 1963.
- Por último, Meyer en 1957 menciona la importancia de observar las distintas formas en que las personas enfrentan las situaciones de vida.

3.5. Definición de resiliencia

En relación al origen del concepto, el vocablo resiliencia proviene del término latino *resilium*, que significa “volver atrás”, “volver de un salto”, “volver al estado inicial”, “rebotar” (Villalba Quesada, C.,2003)

En su aplicación, el término resiliencia tuvo sus orígenes en la física, siendo aquella capacidad que tiene un cuerpo para resistir un choque, pero cuando se trasladó a las ciencias sociales, se tradujo como la capacidad que tiene una persona para poder desarrollarse y vivir positivamente en la sociedad aun habiendo experimentado situaciones adversas con riesgo de desenlace negativo (Rodríguez Piaggio, 2009).

En el campo psicológico, Garmezy (1991), define inicialmente a la resiliencia como aquella capacidad para recuperarse y desarrollar una conducta adaptativa aún después de un evento estresante o el abandono; no es la invulnerabilidad al estrés sino la habilidad para sobreponerse.

Luego, en 1998, la Organización Mundial de la Salud define este constructo como un proceso dinámico que permite a los individuos sobreponerse a situaciones adversas adquiriendo una adaptación y actitud positiva y vital frente a éstas.

Posteriormente, en el año 2003, Villalba Quesada esclarece aún más este constructo indicando que es una característica individual que está a su vez condicionada por factores ambientales, una capacidad del individuo que surge a partir de la confluencia de múltiples factores ecológicos que generan una reacción diferente a la tradicional frente a una importante amenaza. Por su parte, Becoña (2006), define la resiliencia como aquella capacidad para afrontar exitosamente las experiencias traumáticas evitando los desenlaces negativos asociados con el riesgo, es aquel proceso que permite sobrellevar positivamente las consecuencias negativas de la exposición al riesgo.

El auge del interés por este concepto en el campo psicológico durante los últimos años se debió a que se observó, que personas que experimentaron en su infancia situaciones

traumáticas, adversas o extremas, no desarrollaron en la edad adulta conductas delictivas, abuso de sustancias o problemas de salud mental (Becoña,2006).

Siguiendo al autor, el estudio y elaboración de este constructo tiene su fundamento en la necesidad de conocer el origen de la psicopatología, específicamente en aquellos niños en estado de vulnerabilidad debido a la exposición a ciertos factores de riesgo como ser: padres que sufren de enfermedad mental, pobreza, abandono, abuso, entre otros.

Este término brinda, a su vez, aportes de gran relevancia a los profesionales de la intervención social pero genera controversias en el ámbito académico ya que se presentan dificultades al definirlo debido a que frente a circunstancias parecidas, los niveles de conciencia, respuesta y las reacciones subjetivas de las personas pueden variar (Villalba Quesada, 2003).

Becoña (2006), refiere que mediante la investigación con niños en torno a este concepto, se identificaron tres características principales que influyen en la capacidad resiliente:

- Los atributos del propio niño.
- Las características de sus familias.
- Las características del contexto social más amplio que los rodea.

En un principio, la investigación se basó en la identificación de los factores protectores propios de los niños considerados resilientes pero, en las últimas dos décadas, el foco viró hacia la comprensión de los procesos que subyacen a estos factores: cómo estos contribuyen a la adaptación exitosa (Becoña, 2006).

Al mismo tiempo, la resiliencia pasó a ser considerada “como algo relativo, que depende del equilibrio dinámico de factores personales, familiares y sociales y también de los momentos del ciclo vital, y específico, generalmente circunscrito a determinadas áreas de adaptación psicológica” (Villalba Quesada, 2003, p. 286).

Existen conceptos estrechamente vinculados al de resiliencia, Becoña (2006), plantea y analiza los siguientes:

- **Competencia.**

Es una característica que lleva al niño a realizar resultados resilientes y está relacionado con el CI, entendiéndose que aquellas personas con bajo CI son más vulnerables. En relación con la resiliencia, la competencia fue evaluada como el éxito académico o la competencia social. La resiliencia es más amplia y abarca la competencia, siendo la primera aquella adaptación emocional y conductual que incluye índices de ajustes positivos y negativos; y la segunda, implica sólo el ajuste positivo de conductas manifiestas.

- **Vulnerabilidad.**

La persona vulnerable es aquella que tiene mayores probabilidades de desarrollar un resultado negativo frente a la exposición a factores de riesgo. La persona resiliente, en cambio, es quien logra evadir los problemas que implica ser vulnerable.

- **Dureza o personalidad resistente.**

Es una derivación del concepto de resiliencia. Se refiere al estilo de afrontamiento de la persona frente a la situación de alto estrés (algunas enferman y otras no) y también a la respuesta del individuo al momento de enfermarse (de modo adaptativo y luchador o no). Esta capacidad puede estar generada por factores psicológicos, biológicos y ambientales o también ser aprendida. Tiene tres componentes: compromiso, control y desafío.

- **Recuperación.**

La resiliencia es la capacidad de las personas que han vivido situaciones traumáticas en la infancia, de mantener un equilibrio estable. La recuperación en cambio está relacionada con la habilidad de una persona para volver a su estado de normalidad luego de haber transcurrido un tiempo mal debido a un acontecimiento traumático.

- **Locus de control interno y estilo atribucional.**

Son factores que protegen a los niños de los estresores y promueven la resiliencia. Los niños resilientes poseen una alta autoestima y seguridad en poder afrontar situaciones adversas (autoeficacia), consideran que los factores que provocan consecuencias negativas son modificables y que sus contribuciones son tenidas en cuenta y valiosas. Su estilo atribucional es de tipo explicativo optimista.

- **Factores de riesgo y protección.**

La resiliencia podría ser entendida como un factor de protección de la persona, pero se debe tener en cuenta que ésta no implica únicamente características individuales, por lo tanto, sería más correcto considerarla un macrofactor que explicaría el resultado adaptativo del individuo con sus factores de protección, frente a los factores de riesgo del ambiente.

- **Psicología positiva.**

De manera similar a la resiliencia, este modelo de la psicología se centra en lo positivo del individuo y no en lo negativo (la patología). Existen fortalezas y características positivas como la creatividad, alegría, optimismo, perseverancia, etc., que operan como factores protectores de la salud mental de los individuos. Las emociones positivas, propias de esta psicología, favorecerían el surgimiento de la resiliencia, constituyéndose en un factor positivo frente a la adversidad.

3.6. LOS PILARES DE LA RESILIENCIA

Grotberg y Cols (s/f; en Kotliarenco, Cáceres, Álvarez, 1996), opinan que existen características que favorecen el desarrollo de la resiliencia, las cuales se mencionan a continuación:

3.6.1. Ambiente facilitador.

Incluye acceso a la salud, educación, bienestar, apoyo emocional, reglas y límites familiares, estabilidad escolar y del hogar, entre otros,

3.6.2. Fuerza intrapsíquica.

Incluye la autonomía, el control de impulsos, el sentirse querido, la empatía.

3.6.3. Habilidades interpersonales.

Incluye el manejo de situaciones, la solución de problemas, la capacidad de planeamiento.

Una persona puede ser resiliente, puede tener la fortaleza intrapsíquica suficiente y las habilidades sociales necesarias, pero si carece de oportunidades para educarse o trabajar, sus recursos se verán limitados.

Así mismo, Wolin y Wolin (s/f; Kotliarenco, Cáceres, Álvarez, 1996) proponen una explicación para el fenómeno de la resiliencia en niños y adolescentes, para lo cual desarrollan un esquema basado en las etapas del ciclo vital. El primer círculo de la resiliencia se centra en la infancia; el segundo en la adolescencia y el tercero, en la adultez.

- **Introspección.**

Arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.

Durante la niñez, la introspección se manifiesta como la capacidad de intuir que alguien o algo no está bien en su familia, los niños resilientes son capaces de contrarrestar la reflexión distorsionada de la familia, situar el problema donde corresponde, reduciendo la ansiedad y al culpa.

Durante la adolescencia, la introspección corresponde a la capacidad de conocer, de saber lo que pasa a su alrededor y es fundamental para comprender las situaciones y adaptarse a ellas.

En la adultez, la introspección se manifiesta como la sabiduría, la comprensión de sí mismo y de otras personas, con aceptación de las dificultades, sin culpar a los demás.

- **Independencia.**

Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.

En la niñez, esta capacidad se expresa manteniéndose alejado de las situaciones conflictivas.

En la adolescencia, la independencia se manifiesta en conductas como no involucrarse en situaciones conflictivas.

En la adultez, esta capacidad se expresa en la aptitud para vivir en forma autónoma y de tomar decisiones por sí mismo.

- **Capacidad de relacionarse.**

Habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a los otros.

En los niños, se expresa como una facilidad para conectarse, ser querido o adorado.

En los adolescentes, se manifiesta en la habilidad para reclutar pares y de establecer redes sociales de apoyo.

En los adultos, esta capacidad se manifiesta en la valoración hacia las relaciones interpersonales, la intimidad y los rituales.

- **Iniciativa.**

Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más complejas.

En los niños esto se refleja en las conductas de exploración y actividades constructivas.

En la adolescencia, aparece la inclinación al estudio, práctica de deportes y actividades extraescolares como hobbies y trabajos voluntarios.

En los adultos, se habla de generatividad, que alude a la participación de proyectos comunitarios, sentimientos de autorrealización, capacidad de liderazgo y enfrentamiento a desafíos.

- **Humor.**

Encontrar lo cómico en la propia tragedia.

En la niñez, se desarrolla a través del juego.

En la adolescencia, se desarrolla por su capacidad de reír, de moldearse y de jugar.

En el adulto, reconoce el aspecto divertido, alegre y juega.

- **Creatividad.**

Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.

Durante la niñez, esta capacidad se expresa en la creación y los juegos que permiten revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.

En la adolescencia, se refleja un desarrollo de habilidades artísticas como escribir, pintar, bailar, producir artes.

Los adultos creativos son aquellos capaces de componer y construir.

- **Moralidad.**

Consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores; este elemento ya es importante desde la infancia, pero a partir de los 10 años.

- **Autoestima consistente.**

Base de los demás pilares y fruto de cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo.

3.7. Factores que promueven la resiliencia

3.7.1. Factores protectores

Los factores protectores son considerados ese “algo” que se opera para mitigar los efectos de riesgo. Se consideran fuerzas externas e internas que contribuyen a que el niño resista o aminore los efectos de riesgo (Fraser, 1997), por tanto, reducen la posibilidad de disfunción y problemas en estas circunstancias (Garmezy, 1997). Como los factores riesgo, los protectores involucran variables genético-constitucionales, disposiciones, factores psicológicos, situacionales y sociales (Garmezy, 1997; Werner, 1995, Cit. por Stefan Vanistendael en como crecer superando los alcances...).

Consecuentemente con esto, se han definido factores protectores personales, en la familia y en la comunidad,

Dentro de los personales se incluyen: características temperamentales que provocan respuestas positivas en los padres y cuidadores y autonomía combinada con la capacidad de pedir ayuda (en el caso de la niñez temprana 0 a 3 años). En la niñez más tardía, así como en la adolescencia: habilidades comunicativas y de resolución de problemas, competencia escolar (Werner, 1995), sentido del humor (Bernard, 1996), autoestima elevada, creatividad, autonomía (Bernard, 1996), tolerancia a las frustraciones (Gordon, 1996) entre otras.

Al interior de la familia se han definido factores como: presencia de apoyo incondicional por al menos de una persona competente y emocionalmente estable, creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significado en los tiempos difíciles (Werner, 1995).

Dentro del ámbito comunitario se han considerado los siguientes: presencia de pares y personas mayores en la comunidad que brinde consejo y apoyo emocional en los momentos difíciles, oportunidades que brinden la posibilidad de transiciones positivas en la vida, como: programas de educación comunitaria a padres, participación activa en una comunidad religiosa (Werner, 1995).

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo, no actúan aisladamente, sino ejerciendo un efecto de conjunto donde se establecen complejas relaciones funcionales (de mediación, influencia recíproca, formación de un patrón donde la presencia de todos factores pertenecientes a él es imprescindible para lograr su efecto, entre otras) que en definitiva traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y eventos estresantes. Este proceso es denominado “moderación del estrés”.

3.7.2. Factores de riesgo: vulnerabilidad

Vulnerabilidad es influido por la teoría de sistemas. Al ser aplicado en personas y comunidades consideran que estas tienen entradas “recursos” y salidas “productos” que definen sus relaciones. La vulnerabilidad es concebida como la carencia o limitado acceso a los recursos que le permitan satisfacer necesidades básicas. En situación de pobreza es común verse afectado por alguna forma de vulnerabilidad ya que la disminución de poder adquisitivo y la insatisfacciones de necesidades básicas es una barrera insuperable para acceder a bienes y servicios considerados necesarios para vivir de manera adecuada y digna en una sociedad (Acevedo, 1996).

La vulnerabilidad afecta a las personas en tres niveles: intra-familiar, socio-familiar y comunitario.

Intrafamiliar:

- Conyugales: conflictos conyugales, violencia intrafamiliar y maltrato, ausencia de uno o ambos progenitores, ausencia de la pareja o compañero (a), dificultad en el manejo de los hijos.
- Conductas de riesgo: expresión ofensiva de trastornos psicológicos, drogadicción y/o alcoholismo, inadecuado manejo del tiempo libre.
- Vivienda: vivienda exiguas o de pequeño tamaño, hacinamiento, vivienda como lugar de trabajo.
- Nivel socioeconomico: bajos ingresos, jubilación.
- Mapas mentales: locus de control externo, institucionalización, cultura de subsistencia.

Sociofamiliar (redes sociales de la familia):

- Carencia de una red social operane que apoye a las familias en crisis.
- Alta dispersión geográfica de la red familiar.
- Problemas de comunicación (comujicacion no- afectiva).
- Redes sociales carentes de recursos de apoyo (Redes deficitarias).
- Escasa participación en las redes comunitarias.

Comunitario:

- Carencia o déficit de recursos económicos.
- Escasa participación de las redes comunitarias.
- Redes locales dependientes de organizaciones institucionales.
- Poca o deficiente comunicación entre líderes y bases.
- Cultura de producción de subsistencia.
- Contexto de “alto riesgo”.
- Deterioro ecológico del contexto (basurales, terrenos baldíos, etc.).

3.8. Características de las personas resilientes

Las personas resilientes poseen tres características principales: saben aceptar la realidad tal y como es; tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido; y tienen una inquebrantable capacidad para mejorar.

Además, presentan las siguientes habilidades:

- Son capaces de identificar de manera precisa las causas de los problemas para impedir que vuelvan a repetirse en el futuro.
- Son capaces de controlar sus emociones, sobre todo ante la adversidad y pueden permanecer centrados en situaciones de crisis.
- Saben controlar sus impulsos y su conducta en situaciones de alta presión.
- Tienen un optimismo realista. Es decir, piensan que las cosas pueden ir bien, tienen una visión positiva del futuro y piensan que pueden controlar el curso de sus vidas, pero sin dejarse llevar por la irrealidad o las fantasías.
- Se consideran competentes y confían en sus propias capacidades.
- Son empáticos. Es decir, tienen una buena capacidad para leer las emociones de los demás y conectar con ellas.
- Son capaces de buscar nuevas oportunidades, retos y relaciones para lograr más éxito y satisfacción en sus vidas.

3.9. Estrategias de la resiliencia

- **Establecer relaciones interpersonales**

Es importante establecer buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas importantes en su vida. Aceptar ayuda y apoyo de personas que lo quieren y escuchan, fortalece la resiliencia. Algunas personas encuentran que estar activo en grupos de la comunidad, organizaciones basadas en la fe, y otros grupos locales les proveen sostén social y les ayudan a tener esperanza. Ayudar a otros que le necesitan también puede ser de beneficio para usted.

- **Evitar ver las crisis como obstáculos insuperables**

Usted no puede evitar que ocurran eventos que producen mucha tensión, pero si puede cambiar la manera como los interpreta y reacciona ante ellos. Trate de mirar más allá del presente y piense que en el futuro las cosas mejorarán. Observe si hay alguna forma sutil en que se sienta mejor, mientras se enfrenta a las situaciones difíciles.

- **Aceptar que el cambio es parte de la vida**

Es posible que como resultado de una situación adversa no le sea posible alcanzar ciertas metas. Aceptar las circunstancias que no puede cambiar le puede ayudar a enfocarse en las circunstancias que si puede alterar.

- **Dirigirnos hacia las metas**

Desarrolle algunas metas realistas. Haga algo regularmente que le permita moverse hacia sus metas, aunque le parezca que es un logro pequeño. En vez de enfocarse en tareas que parecen que no puede lograr, pregúntese acerca de las cosas que puede lograr hoy y que le ayudan a caminar en la dirección hacia la cual quiere ir.

- **Llevar a cabo acciones decisivas**

En situaciones adversas, actúe de la mejor manera que pueda. Llevar a cabo acciones decisivas es mejor que ignorar los problemas y las tensiones, y desear que desaparezcan.

- **Buscar oportunidades para descubrirse a sí mismo**

Muchas veces como resultado de su lucha contra la adversidad, las personas pueden aprender algo sobre sí mismas y sentir que han crecido de alguna forma a nivel personal. Muchas personas que han experimentado tragedias y situaciones difíciles, han expresado tener mejoría en el manejo de sus relaciones personales, un incremento en la fuerza personal aun cuando se sienten vulnerables, la sensación de

que su autoestima ha mejorado, una espiritualidad más desarrollada y una mayor apreciación de la vida.

- **Cultivar una visión positiva de sí mismo**

Desarrollar la confianza en su capacidad para resolver problemas y confiar en sus instintos, ayuda a construir la resiliencia.

- **Mantenga las cosas en perspectiva**

Aun cuando se enfrente a eventos muy dolorosos, trate de considerar la situación que le causa tensión en un contexto más amplio, y mantenga una perspectiva a largo plazo. Evite agrandar el evento fuera de su proporción.

- **No perder la esperanza**

Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida. Trate de visualizar lo que quiere en vez de preocuparse por lo que teme.

- **Cuidar de uno mismo**

Preste atención a sus necesidades y deseos. Interésese en actividades que disfrute y encuentre relajantes. Ejercítese regularmente. Cuidar de sí mismo le ayuda a mantener su mente y cuerpo listos para enfrentarse a situaciones que requieren resiliencia.

3.10. Resiliencia del adulto mayor.

Como refiere Villalba Quesada (2003), la investigación en relación a la capacidad resiliente de las personas mostró que implica una progresión evolutiva, es decir, que a medida que cambian las circunstancias vitales, las vulnerabilidades y apoyos también sufren alteraciones.

En la vejez, el concepto de resiliencia cobra relevancia ya que esta es una etapa en la que “se suelen presentar diversos eventos críticos y altamente estresantes y, cabe notar que, a pesar de ello, muchas personas mayores se adaptan a tales condiciones sin mostrar un decremento en el bienestar o en la satisfacción con la vida” (Jiménez Ambriz, 2008, p.10) Lo importante aquí es que, continúa la autora, aun habiendo atravesado eventos críticos propios de la edad (pérdida de seres queridos, problemas de salud, económicos, etc.), muchas personas mayores muestran buen humor, vitalidad, motivación para llevar a cabo diversas actividades y manifiestan interés en seguir participando y contribuyendo con su familia y demás allegados, lo cual indica que se han adaptado a circunstancias adversas y han logrado mantener un adecuado funcionamiento, demostrando resiliencia frente a estos cambios.

Todos los individuos cuentan con ciertos recursos denominados protectores que sirven para atenuar o eliminar los efectos negativos de la exposición a circunstancias extremas (Greve & Staudinger, 2006, citados en Jiménez Ambriz, 2008).

Los factores protectores de las personas mayores se encuentran en tres áreas: las características y cualidades propias de la persona, el modo de enfrentar y resolver los problemas, la familia y el contexto social más amplio: en cuanto a la familia, es importante la relación de apoyo, cuidado y cariño que los integrantes mantienen con la persona mayor ya que cumplen una importante función en el desarrollo psicológico de la misma.

En cuanto al entorno social, es el encargado de proporcionar diversos recursos para atender las necesidades del anciano y que pueda mantener una buena calidad de vida (Greve & Staudinger, 2006, citados en Jiménez Ambriz, 2008).

Jiménez Ambriz (2008), refiere que existen distintos recursos que potencian la resiliencia en los adultos mayores; estos recursos son:

3.10.1. Identidad Positiva.

Los mayores pueden ser menos vulnerables ante las circunstancias adversas cuando se evalúan positivamente y establecen niveles de funcionamiento diversos.

3.10.2. Control personal.

La persona cree que mediante sus propios comportamientos tiene el control sobre su vida y entorno, se activan ciertos estados emocionales que favorecen la salud y la adaptación exitosa a las situaciones de crisis.

3.10.3. Autoeficacia.

Esta variable es útil para que la persona mantenga el optimismo en diferentes circunstancias ya que consiste en la creencia de su capacidad para manejar las situaciones futuras.

3.10.4. Autoestima.

Se vincula con altos niveles de bienestar en instancias extremas debido a que consiste en la valoración que la persona tiene de sí misma y, por lo tanto, interviene a la hora de enfrentar el estrés.

3.10.5. Emociones Positivas.

Son estados de ánimo que proporcionan a los individuos experiencias subjetivas placenteras y que poseen gran relevancia en los momentos de adaptación ya que favorecen el bienestar, propician la obtención de recursos sociales, moderan la recuperación y reacción frente al estrés y, por ende, movilizan estrategias de afrontamiento adaptativas.

3.10.6. Optimismo.

Esta variable conlleva bienestar, beneficios en la salud y colabora en el afrontamiento de adversidades. De igual modo que la autoestima, no mantiene una relación lineal con resultados positivos.

3.10.7. Afrontamiento.

Consiste en un proceso de acomodación en el cual tanto la imagen del individuo como la de sus metas sufren alteraciones con el objetivo de atenuar los aspectos negativos de determinadas situaciones. Las personas mayores modifican sus estrategias frente a problemas que son difíciles o imposibles de resolver de manera activa y, en aquellas situaciones en que no pueden tener el control, tienden a aceptar las consecuencias y efectos.

3.10.8. Redes sociales y apoyo social.

Estas redes brindan ayuda instrumental para resolver ciertos problemas y potencian la autoestima y el sentimiento de autoeficacia. Lo importante es la percepción que la persona mayor tiene del apoyo que recibe, la calidad de las relaciones que mantiene.

Como menciona Jiménez Ambriz (2011): “conocer estas variables y basar las estrategias de intervención en ellas puede enriquecer los programas destinados a mantener y aumentar el bienestar y la resiliencia, así como prevenir o «inmunizar» contra la vulnerabilidad y la adversidad. (...) Conocer las fortalezas y la plasticidad potencial de las personas mayores dará un carácter positivo a la intervención, unido a la posibilidad de incorporar aspectos atractivos y divertidos como es el sentido del humor y la creatividad en el diseño de los programas, lo que a su vez puede favorecer otras funciones, como son las cognitivas” (JIMÉNEZ AMBRIZ, M. G., 2011).

CAPITULO 3

METODOLOGÍA.

1. Tipo y diseño de investigación

1.1. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio correlacional, ya que el mismo tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular, que en este caso será el grado de relación que existe entre la percepción de calidad y la resiliencia del adulto mayor que asiste al Centro Nueva Esperanza, La Paz.

Este tipo de estudio ayudara a predecir, con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber que valor tienen en la otra (SAMPIERI, Roberto, 2006).

Un enfoque cuantitativo, es aquel que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

La presente investigación se llevara a cabo a partir de un enfoque cuantitativo, ya que las técnicas que se utilizaran para recolectar información y datos, se hará con la implementación cuestionarios estructurados y para el análisis de los datos se realizara un conteo estadístico para conocer el grado de correlación entre variables.

1.2. Diseño de investigación

La presente investigación es no experimental y del tipo longitudinal, ya que se ejecutara sin manipular las variables, la observación se la efectuará en su ambiente natural de la realidad (MEJIA, Raúl, 2005).

2. Variables

V₁: Percepción de calidad de vida.

V₂: Resiliencia.

2.1. Conceptualización de variables

V₁: Percepción de calidad de vida: termino multidimensional que parte de las buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’. Las condiciones objetivas tratan aspectos observables que contribuyen al bienestar, por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares. Los aspectos subjetivos abordan temas como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida.

V₂: Resiliencia: proceso dinámico que permite a los individuos sobreponerse a situaciones adversas adquiriendo una adaptación y actitud positiva y vital (Organización Mundial de la Salud, 1998).

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1: Operacionalización de variables

V ₁ : Percepción de calidad de vida.					
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Percepción de Calidad de vida	Bienestar	Área física.	- Muy insatisfecho	- Entrevista	ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF
		Área psicológica.	- Poco		
		Relaciones interpersonales.	- Lo normal		
		Entorno.	- Bastante satisfecho - Satisfecho		
V ₂ : Resiliencia					
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Resiliencia	Adaptación y actitud positiva y vital.	Satisfacción personal	- Totalmente en desacuerdo	- Entrevista	ESCALA DE RESILIENCIA-WAGMILD Y YOUNG
		Sentirse bien solo	- Bastante en desacuerdo		
		Confianza en sí mismo	- Algo en desacuerdo		
		Ecuanimidad	- Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
		Perseverancia	- Algo de acuerdo - Bastante de acuerdo - Totalmente de acuerdo		

3. Población y muestra

3.1. Población

El trabajo se llevara a cabo con una población de 30 adultos mayores que asisten al Centro Nueva esperanza, La Paz.

3.2. Muestra

La muestra que se tomara es no probabilística del tipo intencional, ya que se toman en cuenta los siguientes criterios de selección:

- Edad del adulto mayor.
- Asistencia del adulto a la institución.
- Predisposición de trabajo en la investigación.

La muestra total según los criterios establecidos será en número de 25 adultos mayores.

4. Técnicas e instrumentos de investigación

4.1. Técnicas

En la presente investigación se utiliza la entrevista, es un instrumento para obtener información relacionada con algún objetivo general o específico, desde una perspectiva teórica o práctica y desde un ámbito de acción y disciplina que produce por sí mismo un tipo de información y comunicación.

"La entrevista psicológica es una técnica de evaluación que utiliza la comunicación verbal, escrita y gestual para obtener información, analizarla e interpretarla con fines de asesoramiento, diagnóstico y terapéuticos. En la entrevista se establece una relación directa y asimétrica con los clientes y se establecen unos objetivos que se pueden comunicar o no comunicar al cliente y que pueden ser parecidos o diferentes a los que consulta el cliente. La entrevista se desarrolla dentro de un marco determinado por el rol de psicólogo y paciente-cliente".

4.2. Instrumentos

En la siguiente investigación se tomara en cuenta un instrumento cuantitativo, *WorldHealth Organization Quality of Life – OMS (WOQOL-100)*. Dado que la calidad de vida es un concepto multidimensional, el WHOQOL está estructurado de forma jerárquica, contando con una evaluación global de la calidad de vida y evaluaciones en distintos dominios, los cuales a su vez están integrados para distintas facetas.

En un primer momento contaba con 236 ítems, pero tras los primeros estudios piloto realizados se ha abreviado hasta los 100 ítems actuales, que se espera disminuyan en un futuro próximo. El WHOQOL- 100 evalúa los siguientes dominios y facetas.

Tabla 2: Dominios y facetas del Whoqol- Bref

DOMINIOS	FACETAS
Calidad de vida global y salud	
Área Física.	Dolor y discomfort.
	Energía y fatiga.
	Sueño y descanso
Área Psicológica.	Sentimientos positivos.
	Pensamiento/aprendizaje/ memoria/concentración.
	Autoestima.
	Imagen corporal y apariencia.
	Sentimientos negativos.

Niveles de independencia.	Movilidad.
	Actividades cotidianas.
	Dependencia de medicación o tratamiento.
	Capacidad de trabajo.
Relaciones Sociales.	Relaciones personales.
	Soporte social.
	Actividad sexual.
Ambiente.	Seguridad física y protección.
	Hogar.
	Recursos económicos.
	Cuidados de salud y sociales: disponibilidad/calidad.
	Oportunidades para adquirir información/habilidades.
	Participación y oportunidades para recreo/ocio.
	Entorno físico.
	Transporte.
Espiritualidad/Religión	Espiritualidad/Religión
Creencias personales.	Creencias personales.

La mayor parte de las facetas el WHOQOL-100 son positivas, siendo negativas únicamente las correspondientes a dolor y discomfort, sentimientos negativos y dependencia de medicación o tratamiento.

Un aspecto que todavía continúa en estudio por el grupo WHOQOL es la atribución de pesos a los distintos dominios y facetas.

Los ítems son valorados por el paciente según una escala Likert de 5 puntos, que en unas ocasiones hace referencia a intensidad, en otras a frecuencia, satisfacción o capacidad.

Al final se obtiene una puntuación global de calidad de vida, y un perfil derivado de la puntuación en los seis dominios y 24 facetas de que consta el WHOQOL-100. El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

Las puntuaciones de las áreas que contempla el Whoqol- Bref muestran coeficientes de confiabilidad de 0.90 con las puntuaciones de del Whoqol-100. También mostraron una validez discriminante de contenido y fiabilidad test-retest buenas (WHO, 2004).

Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993 Para medir la capacidad de una persona de responder o hacer frente a las diversas situaciones de la vida pese a las posibles condiciones adversas que pueden presentarse, y salir fortalecido de ello (Salgado, 2005). Es una escala que fue diseñada para identificar el nivel de resiliencia individual fundamentalmente en adolescentes y adultos, como una característica de personalidad que favorece la adaptación de la persona. Resnick e Inquito (2011) llevaron a cabo una investigación en la que demostraron que es una prueba con aplicabilidad en anciano y está validada en España (Heilemann, Lee y Kury, (2003); versión argentina: Rodríguez et al., 2009): escala autoadministrable que consta de 25 ítems con un formato tipo Likert que va desde 1=totalmente en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo. Todos los ítems se evalúan de forma positiva. El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la

escala y los valores teóricos van desde 25 a 175. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, moderada resiliencia; valores menores a 121 escasa resiliencia. La consistencia interna de dicha escala es adecuada, con un Alfa de Cronbach de 0.72.

4.3. Análisis de resultados

Con el fin de lograr los objetivos planteados al inicio de esta tesis, se vació la información obtenida mediante el cuestionario en el programa estadístico SPSS, para su análisis e interpretación. Además, se realizaron gráficas en el programa Excel, para una mejor comprensión de los resultados.

Con el análisis final de los datos obtenidos se llegó a evidenciar que existe un alto grado de relación entre las variables mencionadas: percepción de calidad de vida y la resiliencia de los adultos mayores que asisten al Centro Nueva Esperanza, La Paz.

5. Procedimiento.

Tabla 3: procedimiento

ETAPAS	ACTIVIDAD
Etapa 1:	Aplicación de los instrumentos en la muestra ya establecida.
Etapa 2:	Análisis de los datos obtenidos durante la aplicación de los cuestionarios.
Etapa 3:	Presentación de los resultados obtenidos mediante el análisis previamente realizado.
Etapa 4:	Elaboración de las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO 4

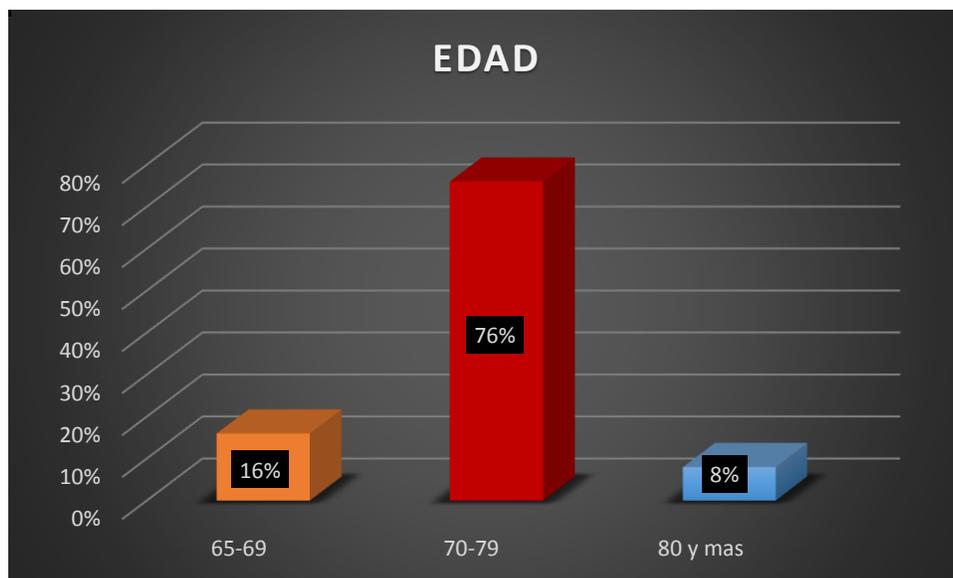
PRESENTACION DE RESULTADOS

1. DATOS GENERALES.-

Tabla 4: Edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
65-69	4	16%
70-79	19	76%
80 y mas	2	8%

Gráfico 1: Edad



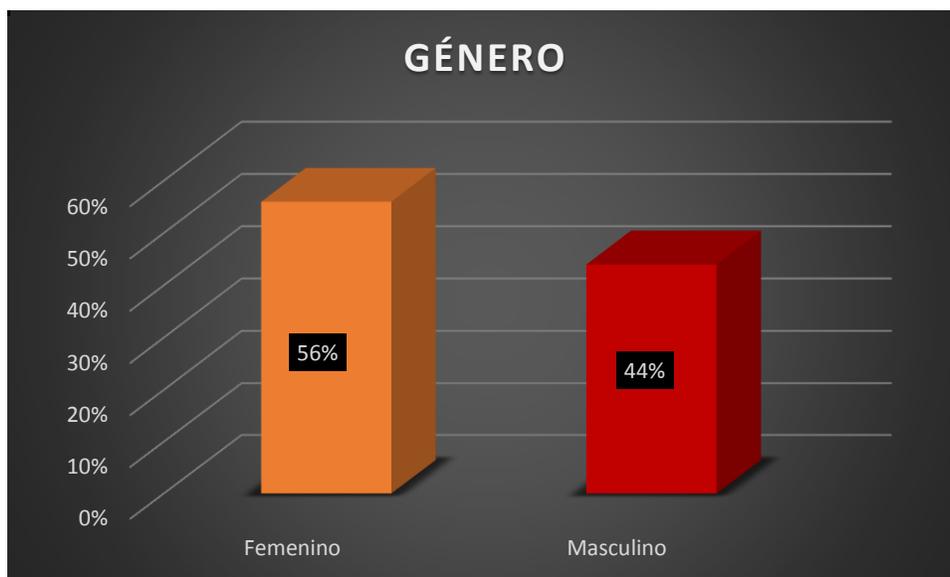
De acuerdo a los criterios de selección establecidos para la población de adultos mayores, se tomó en cuenta la edad de los mismos y se trabajó con adultos mayores arriba de 65 años hasta los 80 y más años de edad. La población más significativa se encuentra entre los 70 y 79 años de edad, representando un 76% de la población trabajada.

GÉNERO

Tabla 5: Género

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	14	56%
Masculino	11	44%

Gráfico 2: Genero



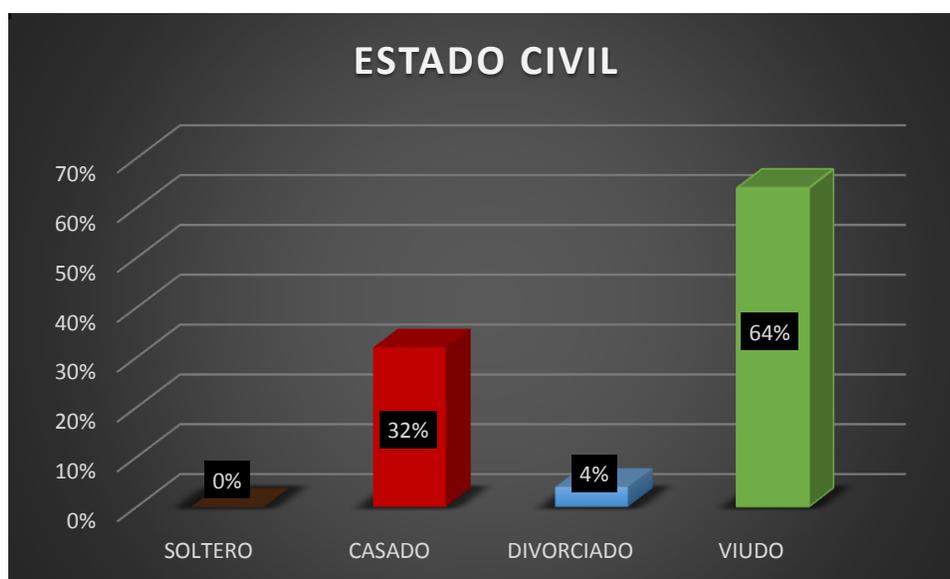
La investigación se llevó a cabo con una población total de 25 adultos mayores del Centro Nueva esperanza. El 56% de la población pertenecía al género femenino y el 44% al género masculino. Cabe mencionar, que esta variable no fue tomada como un criterio de selección.

ESTADO CIVIL.

Tabla 6: Estado Civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	0	0%
CASADO	8	32%
DIVORCIADO	1	4%
VIUDO	16	64%

Grafico 3: Estado Civil



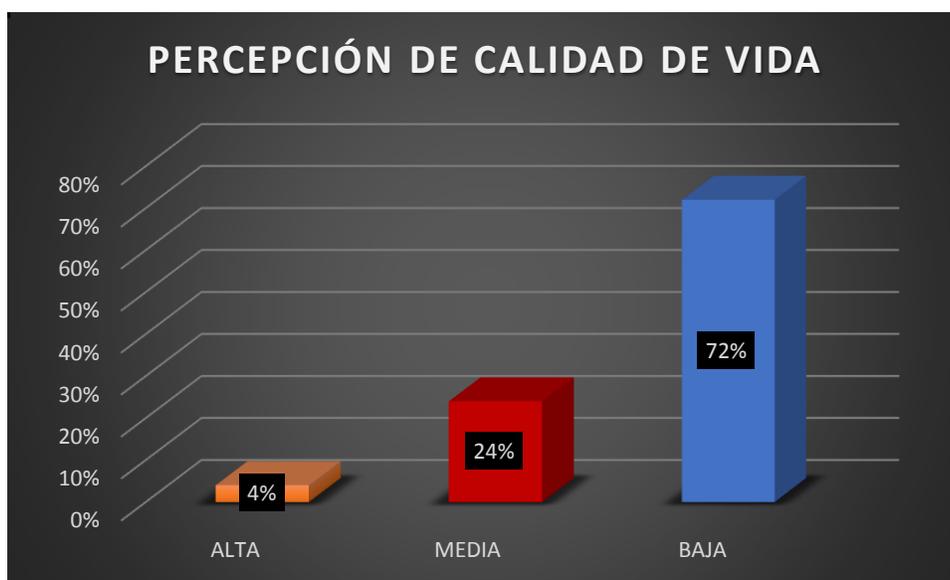
En la siguiente gráfica, podemos observar que la mayor parte de los adultos mayores (64%), son viudos, lo cual demuestra que la compañía de la pareja está ausente, siendo esta un apoyo importante emocional para ellos.

2. PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA

Tabla 7: Percepción de calidad de vida

PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	1	4%
MEDIA	6	24%
BAJA	18	72%

Gráfico 4: Percepción de calidad de vida



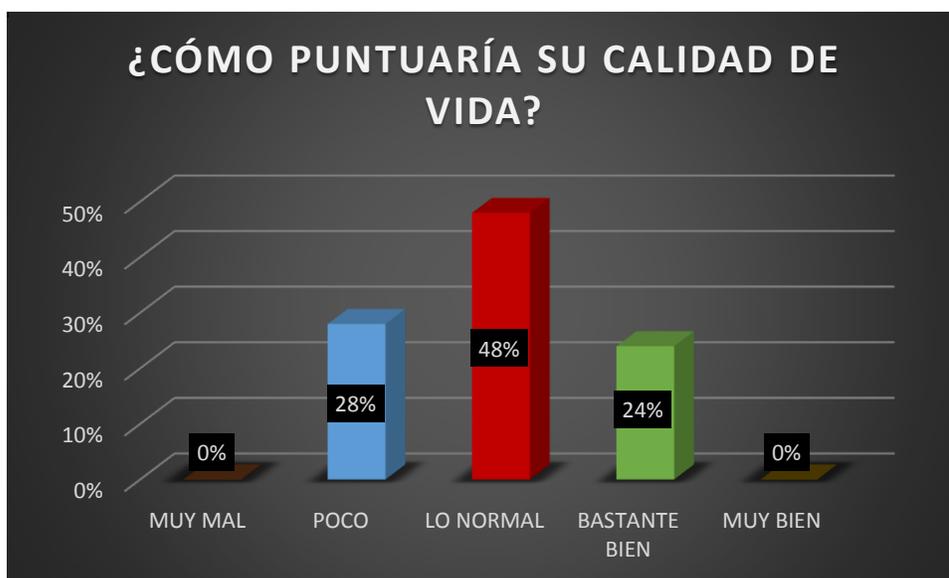
En la siguiente grafica se puede observar que la mayor parte de adultos mayores tiene una percepción de su calidad de vida baja, representado con el 72% de la población total, señalando de esta manera la situación por la que actualmente está pasando, la falta de recursos económicos y no económicos se evidencian en esta etapa de la vida, así como, la atención por parte de la familia y/o encargados, falta de comunicación interpersonal, falta de afectividad un entorno poco favorable para su desarrollo. Cabe mencionar que solo el 4% de la población tiene una alta percepción en relación a su calidad de vida.

¿CÓMO PUNTUARÍA SU CALIDAD DE VIDA?

Tabla 8: ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

¿CÓMO PUNTUARÍA SU CALIDAD DE VIDA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY MAL	0	0%
POCO	7	28%
LO NORMAL	12	48%
BASTANTE BIEN	6	24%
MUY BIEN	0	0%

Gráfico 5: ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?



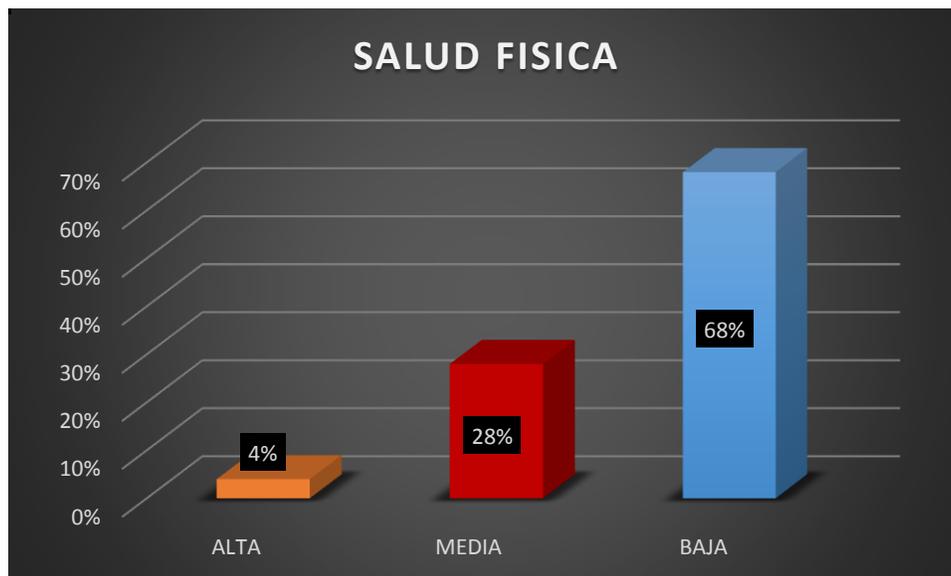
De acuerdo a los datos obtenidos y reflejados en la siguiente gráfica, el 48% de la población de adultos a partir de su percepción puntúa su calidad de vida dentro de un rango de “lo normal”,

PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA: SALUD FISICA

Tabla 9: Salud física

SALUD FISICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	1	4%
MEDIA	7	28%
BAJA	17	68%

Gráfico 6: Salud Fisica



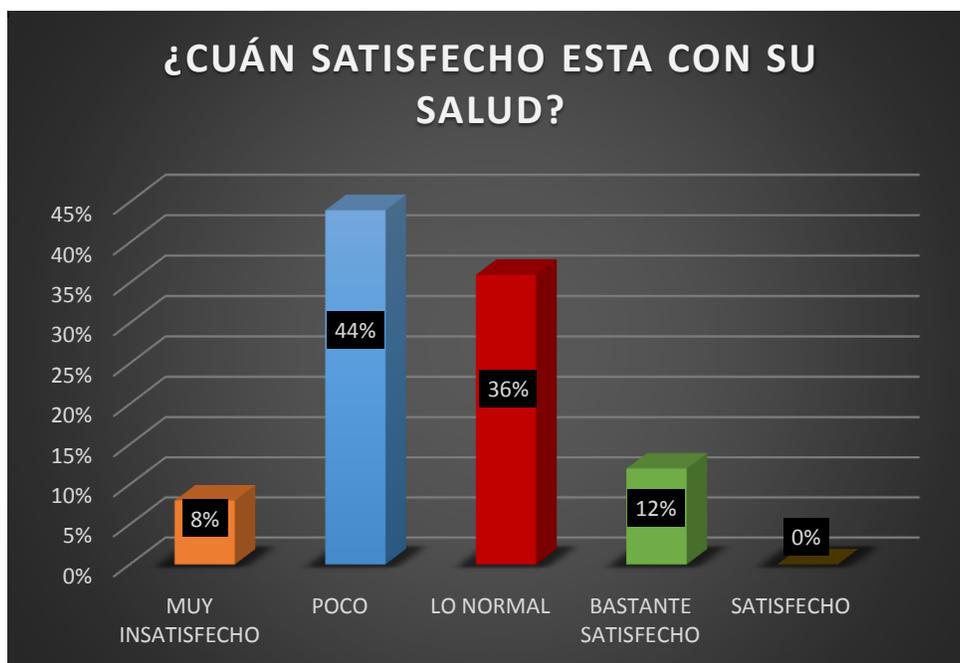
En la siguiente grafica se muestra la percepción que tiene el adulto mayor de su salud física, siendo esta un estado de bienestar donde el cuerpo funciona de manera óptima. Se puede observar una gran diferencia en cuanto a porcentajes de salud física alta y salud física alta. El 68% de la población de adultos consideran que su salud física se ve afectada mostrando un nivel bajo en cuanto al rendimiento que tienen, afectando de esta forma las actividades que deben realizar cotidianamente.

¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?

Tabla 10: ¿Cuán satisfecho esta con su salud?

¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY INSATISFECHO	2	8%
POCO	11	44%
LO NORMAL	9	36%
BASTANTE SATISFECHO	3	12%
SATISFECHO	0	0%

Gráfico 7: ¿Cuán satisfecho esta con su salud?



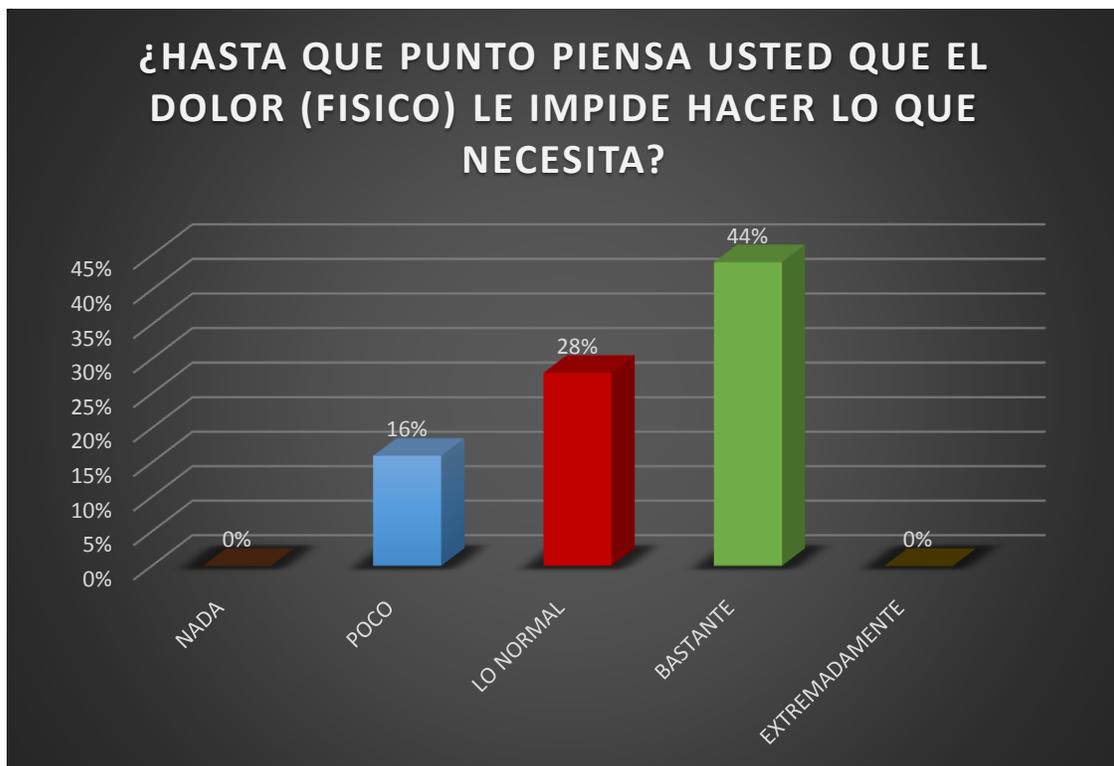
De acuerdo a la siguiente gráfica, se puede observar que la mayoría de los adultos mayores 44% se encuentran poco satisfechos con su salud, ya que en esta etapa es un factor que influye en el desempeño de ciertas actividades.

¿HASTA QUE PUNTO PIENSA USTED QUE EL DOLOR (FISICO) LE IMPIDE HACER LO QUE NECESITA?

Tabla 11: ¿Hasta qué punto piensa usted que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

¿HASTA QUE PUNTO PIENSA USTED QUE EL DOLOR (FISICO) LE IMPIDE HACER LO QUE NECESITA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	0	0%
POCO	4	16%
LO NORMAL	7	28%
BASTANTE	11	44%
EXTREMADAMENTE	0	0%

Gráfico 8: ¿Hasta qué punto piensa usted que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?



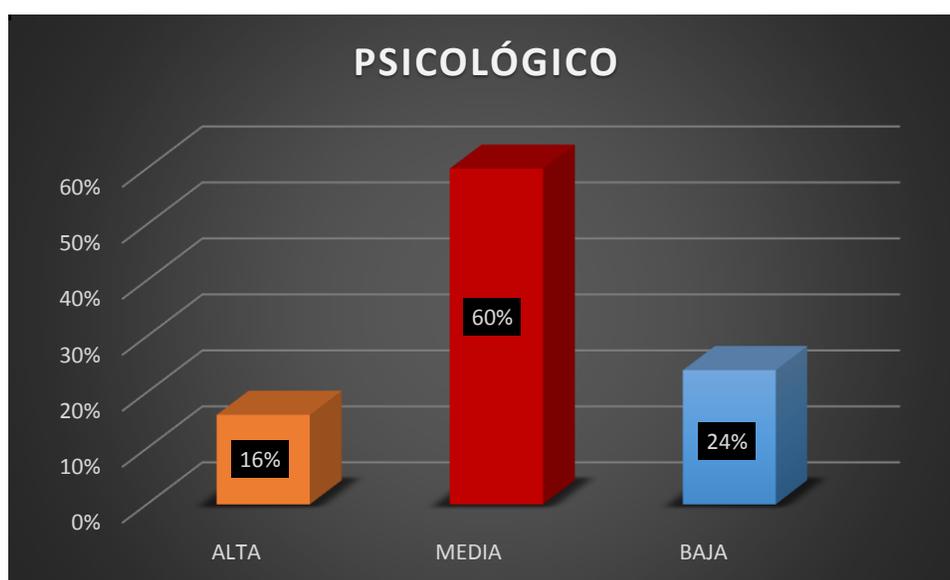
De acuerdo a la siguiente gráfica, podemos observar que para el 44% de la población, siendo esta la mayor parte de adultos mayores, el dolor físico dificulta bastante las actividades que deben realizar afectando de esta forma el desempeño de uno en cierta actividad.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA: PLANO PSICOLOGICO

Tabla 12: Plano Psicológico

PSICOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	4	16%
MEDIA	15	60%
BAJA	6	24%

Gráfico 9: Plano Psicológico



En cuanto a los datos obtenidos en el plano psicológico se puede observar que el 60% de la población muestran una capacidad media para poder expresar sentimientos positivos, pensamientos, capacidad para el aprendizaje, además la memoria y concentración se ven afectadas, de la misma forma que la autoestima, la imagen corporal y apariencia, por tanto el adulto expresa sentimientos negativos hacia sí mismo de forma regular.

¿CUÁN IMPORTANTE ES SU VIDA PARA USTED?

Tabla 13: ¿Cuán importante es su vida para usted?

¿CUÁN IMPORTANTE ES SU VIDA PARA USTED?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	0	0%
POCO	1	4%
LO NORMAL	5	20%
BASTANTE	9	36%
EXTREMADAMENTE	10	40%

Gráfico 10: ¿Cuán importante es su vida para usted?



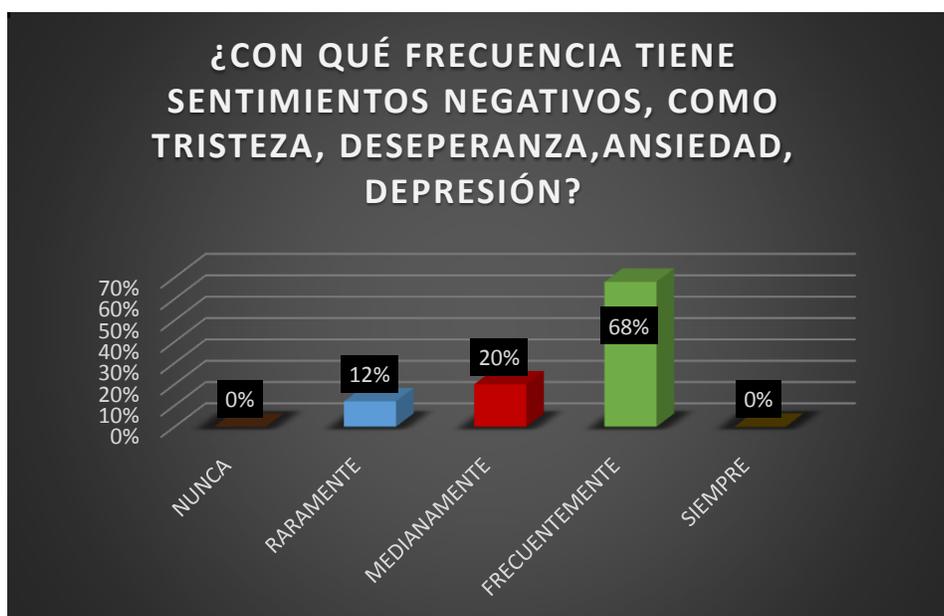
En la siguiente gráfica, podemos observar cuán importante es la vida para el adulto mayor en su mayoría, el 40% de la población opina que es extremadamente importante y el 36% opina que es bastante importante, ya que sin la vida no podrían realizar las actividades que desempeñan cada día.

¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE SENTIMIENTOS NEGATIVOS, COMO TRISTEZA, DESEPERANZA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN?

Tabla 14: ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE SENTIMIENTOS NEGATIVOS, COMO TRISTEZA, DESEPERANZA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	0	0%
RARAMENTE	3	12%
MEDIANAMENTE	5	20%
FRECUENTEMENTE	17	68%
SIEMPRE	0	0%

Grafico 11: ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?



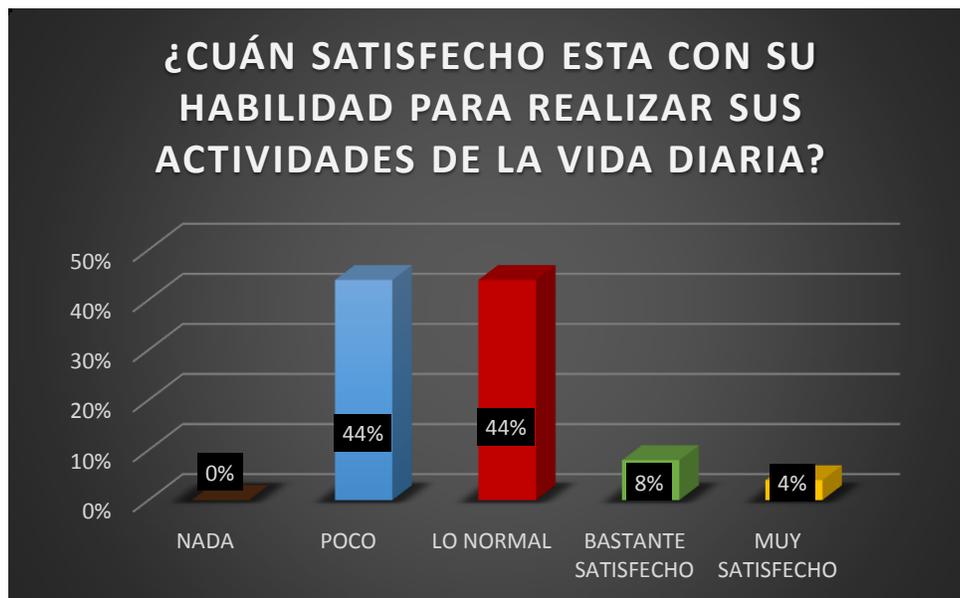
Sentimientos como la tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión, entre muchos otros, forman parte de la vida de los adultos mayores, sentimientos están presentes en sus vidas frecuentemente, afectando la salud emocional de cada uno de ellos. El 68% de la población, la mayoría tiene estos sentimientos con frecuencia.

¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON SU HABILIDAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA?

Tabla 15: ¿Cuán satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON LO SERVICIOS DE TRANSPORTE?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	6	24%
POCO	17	68%
LO NORMAL	2	8%
BASTANTE	0	0%
SATISFECHO	0	0%

Gráfico 12: ¿Cuán satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?



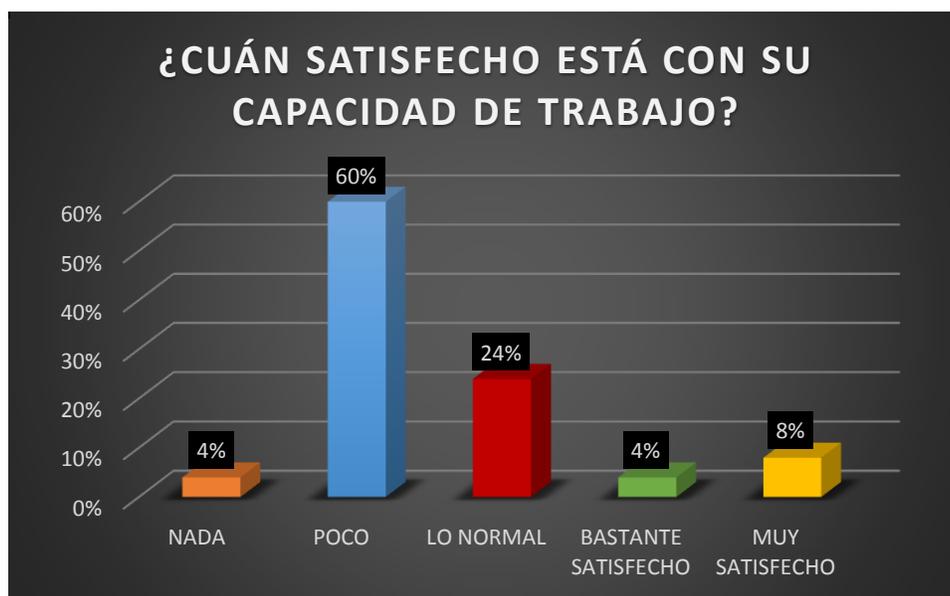
De acuerdo a los datos obtenidos y reflejados en la gráfica, se puede observar que los adultos mayores se encuentran en un porcentaje de 44% poco satisfechos con la habilidad que tiene para realizar actividades de la vida diaria y un 4% se encuentra totalmente satisfecho con su desempeño y habilidad para realizar actividades.

¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON SU CAPACIDAD DE TRABAJO?

Tabla 16: ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON SU CAPACIDAD DE TRABAJO?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	1	4%
POCO	15	60%
LO NORMAL	6	24%
BASTANTE SATISFECHO	1	4%
MUY SATISFECHO	2	8%

Gráfico13: ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?



De acuerdo a la opinión que tiene los adultos mayores con respecto a su capacidad de trabajo, es decir la satisfacción que tienen al realizar alguna actividad, perciben que la capacidad que tiene es poca, ya sea a consecuencia de algún dolor físico, cansancio, falta de trabajo entre otros.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA: RELACIONES INTERPERSONALES

Tabla 17: Relaciones interpersonales

RELACIONES INTERPERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	0	0%
MEDIA	0	0%
BAJA	25	100%

Gráfico 14: Relaciones Interpersonales



De acuerdo a los datos obtenidos y demostrados en la siguiente gráfica, se observa que el 100% de la población, se ve afectada considerablemente en las relaciones interpersonales. A pesar de estar dentro del Centro Nueva esperanza, y contar con el apoyo de sus compañeros sienten una falta de soporte social y por tanto emocional.

¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON SUS RELACIONES PERSONALES?

Tabla 18: ¿Cuán satisfecho esta con sus relaciones personales?

¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON SUS RELACIONES PERSONALES?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	2	8%
POCO	10	40%
LO NORMAL	5	20%
BASTANTE SATISFECHO	8	32%
EXTREMADAMENTE	0	0%

Grafico 15: ¿Cuán satisfecho esta con sus relaciones personales?



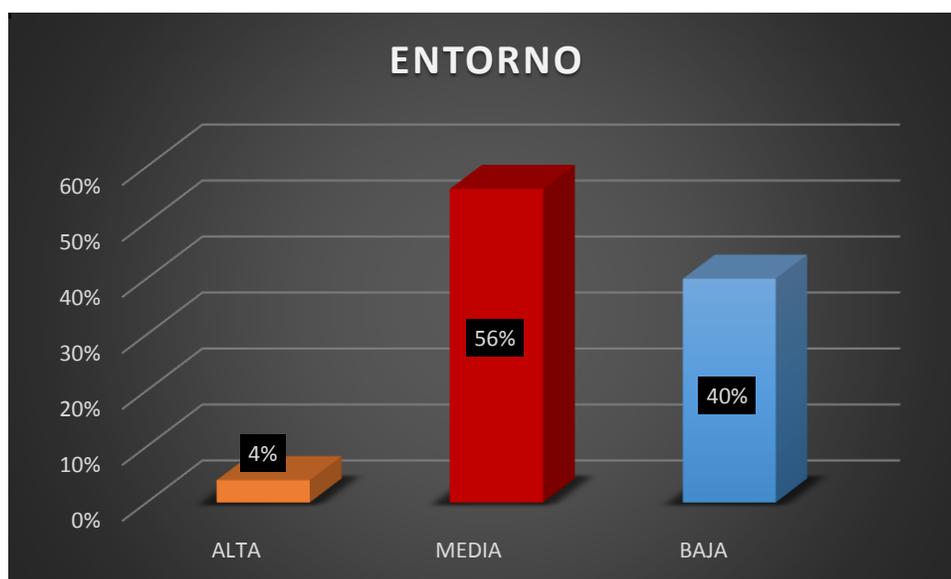
De acuerdo a la siguiente gráfica, se observa que el 40% de la población de adultos mayores se encuentran poco satisfechos con las relaciones personales que tiene.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA: ENTORNO

Tabla 19: Entorno

ENTORNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	1	4%
MEDIA	14	56%
BAJA	10	40%

Gráfico 16: Entorno



De acuerdo a la siguiente gráfica, el 56% de la población, el adulto mayor tiene una percepción media de lo que es su entorno, ya que siente que la seguridad física y su protección se ven afectadas de cierta forma, además los recursos económicos podrían mejorar para tener mayor cuidado en su salud y tener una mayor calidad de servicios. Tiene una participación regular en la sociedad y en su grupo, además de pocas oportunidades para actividades de ocio. El transporte público es un aspecto que debe mejorar según los adultos ya que muchas veces son olvidados en estos servicios.

¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ DE LAS CONDICIONES DEL LUGAR DONDE VIVE?

Tabla 20: ¿Cuán satisfecho esta de las condiciones del lugar donde vive?

¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ DE LAS CONDICIONES DEL LUGAR DONDE VIVE?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	0	0%
POCO	13	52%
LO NORMAL	10	40%
BASTANTE SATISFECHO	2	85%
MUY SATISFECHO	0	0%

Gráfico 17: ¿Cuán satisfecho esta de las condiciones del lugar donde vive?



En la siguiente gráfica, se observa que el 85% de la población de adultos mayores se encuentran bastante satisfechos con las condiciones en las que vive, a pesar de algunas carencias, demuestran que tienen lo suficiente para poder vivir.

¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE?

Tabla 21: ¿Cuán satisfecho esta con los servicios de transporte?

¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON LO SERVICIOS DE TRANSPORTE?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NADA	6	24%
POCO	17	68%
LO NORMAL	2	8%
BASTANTE	0	0%
SATISFECHO	0	0%

Gráfico 18: ¿Cuán satisfecho esta con los servicios de transporte?



De acuerdo a los datos obtenidos, se puede observar que el 68% de la población se encuentra poco satisfecho con el servicio público que se les ofrece, ya que muchas veces no cumple con las necesidades que presentan los adultos mayores.

3. RESILIENCIA

Tabla 22: Resiliencia

CAPACIDAD DE RESILIENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mayor	0	0%
Moderada	8	32%
Escasa	17	68%

Gráfico 19: resiliencia



De acuerdo a los datos obtenidos y representados en la gráfica, se infiere que la capacidad que permite la adaptación a las adversidades de la vida, enfrentándolas con valentía reduciendo el efecto nocivo del estrés se ven afectadas en el adulto mayor del Centro Nueva Esperanza, ya que el 68% de la población en general muestra una escasa capacidad de resiliencia en sus vidas.

FACTORES DE LA RESILIENCIA

COMPETENCIA PERSONAL

Tabla 23: Competencia personal

COMPETENCIA PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASA CAPACIDAD DE COMPETENCIA	2	4%
MODERADA CAPACIDAD DE COMPETENCIA	48	96%
MAYOR CAPACIDAD DE COMPETENCIA	0	0%

Gráfico 20: Competencia Personal



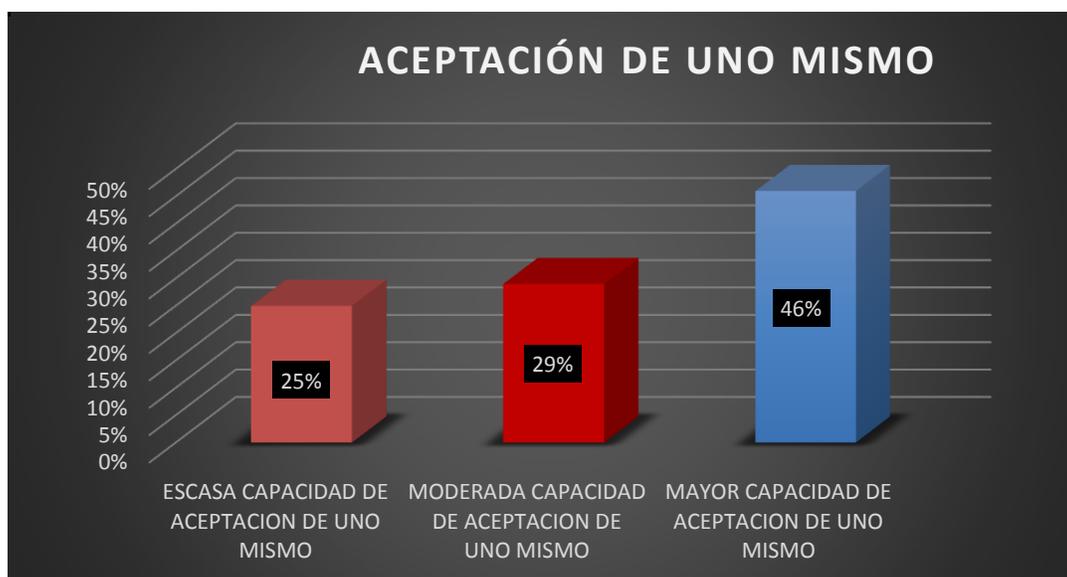
De acuerdo a la siguiente gráfica, se observa que la competencia personal que involucra ciertos ítems como: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia. Los adultos mayores en su mayoría 96% sienten moderada capacidad de resiliencia.

ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA

Tabla 24: Aceptación de uno mismo y de la vida

ACEPTACIÓN DE UNO MISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASA CAPACIDAD DE ACEPTACIÓN	19	25%
MODERADA CAPACIDAD DE ACEPTACIÓN	22	29%
MAYOR CAPACIDAD DE ACEPTACIÓN	34	46%

Gráfico 21: Aceptación de uno mismo y de la vida



De acuerdo a los datos obtenidos se observa que la capacidad de resiliencia en cuanto a la adaptabilidad, flexibilidad, balance y perspectiva de una vida estable se encuentra en una mayor capacidad en la población.

AREAS DE LA RESILIENCIA

SATISFACCION PERSONAL

Tabla 25: Satisfacción Personal

SATISFACCION PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASA SATISFACCIÓN PERSONAL	0	0%
MODERADA SATISFACCIÓN PERSONAL	25	100%
MAYOR SATISFACCIÓN PERSONAL	0	0%

Gráfico 22: Satisfacción Personal



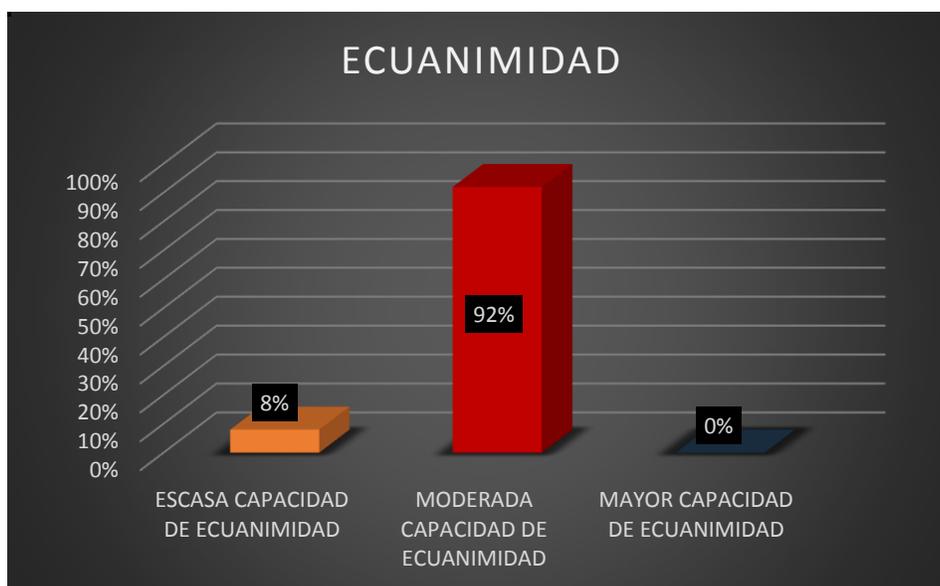
De acuerdo a la siguiente gráfica, se puede observar que el 100% de la población de adultos comprende y tiene una capacidad moderada sobre el significado que le dan a la vida y como construir esta.

ECUANIMIDAD

Tabla 26: Ecuanimidad

ECUANIMIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASA CAPACIDAD DE ECUANIMIDAD	2	8%
MODERADA CAPACIDAD DE ECUANIMIDAD	23	92%
MAYOR CAPACIDAD DE ECUANIMIDAD	0	0%

Gráfico 23: Ecuanimidad



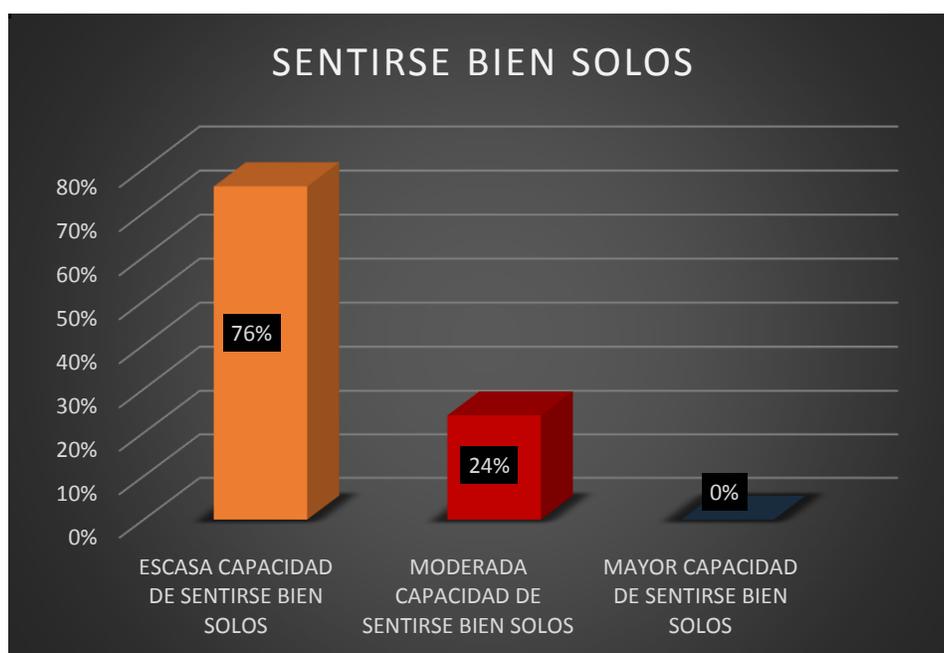
La siguiente gráfica, denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad. El 92% de la población tiene una perspectiva moderada de equanimidad.

SENTIRSE BIEN SOLOS

Tabla 27: Sentirse bien solos

SENTIRSE BIEN SOLOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASA CAPACIDAD PARA SENTIRSE BIEN SOLOS	19	76%
MODERADA CAPACIDAD PARA SENTIRSE BIEN SOLOS	6	24%
MAYOR CAPACIDAD PARA SENTIRSE BIEN SOLOS	0	0%

Gráfico 24: Sentirse bien solos



La siguiente grafica hace referencia al significado de libertad y que somos únicos e importantes, el 76% de la población de adultos mayores considera que tiene una escasa capacidad de sentirse bien estando solos.

CONFIANZA EN SI MISMO

Tabla 28: Confianza en si mismo

CONFIANZA EN SI MISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASA CONFIANZA EN SÍ MISMO	0	0%
MODERADA CONFIANZA EN SÍ MISMO	6	24%
MAYOR CONFIANZA EN SÍ MISMO	19	76%

Gráfico 25: Confianza en sí mismo



De acuerdo a los datos obtenidos y reflejados en la siguiente gráfica, se observa que el 76% de la población tiene una mayor habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.

PERSEVERANCIA

Tabla 29: Perseverancia

PERSEVERANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCASA CAPACIDAD DE PERSEVERANCIA	0	0%
MODERADA CAPACIDAD DE PERSEVERANCIA	10	40%
MAYOR CAPACIDAD DE PERSEVERANCIA	15	60%

Gráfico 26: Perseverancia



En la siguiente grafica se puede observar que el60% de adultos mayores tiene una persistencia ante la adversidad o el desaliento, tiene un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

4. CUADRO DE CORRELACIONES

Correlaciones

		CALIDADDEVIDA	RESILIENCIA
CALIDADDEVIDA	Correlación de Pearson	1	,686**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	25
RESILIENCIA	Correlación de Pearson	,686**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	25	25

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

-1.00	Correlación negativa perfecta
-0,75	Correlación negativa considerable
-0,50	Correlación negativa media
-0.25	Correlación negativa débil
-0.0	No existe correlación entre las variables
+0,25	Correlación positiva débil
+0,50	Correlación positiva media
+0,75	Correlación positiva considerable
+1,00	Correlación positiva perfecta

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La intención de la presente investigación fue describir el grado de relación entre la percepción de calidad de vida y la resiliencia de los adultos mayores del centro Nueva Esperanza, La Paz, donde se vio que el grado de correlación es positiva media. Lo cual, permitió entender que el adulto mayor, debe comprender y aceptar su vida propia y a partir de su experiencia hacer frente a los cambios personales o perdidos.

Así pues, la aportación principal de este trabajo tiene relevancia social como se mencionó en la justificación, ya que servirá de base para posteriores investigaciones en comunidades de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, además para que la población en general: padres, hijos, estudiantes, entre otros conozcan la realidad y la situación en la que vive el adulto.

A partir de los objetivos planteados podemos concluir que la percepción de calidad de vida de los adultos mayores en un porcentaje mayor es baja (72%), ya que a partir del concepto de buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’. Las condiciones objetivas tratan aspectos observables que contribuyen al bienestar, por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares. Los aspectos subjetivos abordan temas como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida. Los adultos mayores ven o consideran varios de estos aspectos escasos en su vida, lo cual influye en la percepción que tiene. El adulto mayor describe su percepción de calidad de vida a partir de una escala de Likert: muy mala, poca, normal, bastante buena y muy buena. Los datos muestran que en un porcentaje de 48% perciben su calidad de vida normal.

Además se evaluó la presencia o no de resiliencia en los adultos mayores y se pudo constatar que el 68% tiene una escasa capacidad de resiliencia, es decir que el proceso

dinámico que permite a los individuos sobreponerse a situaciones adversas adquiriendo una adaptación y actitud positiva y vital no está presente en su totalidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF, podemos considerar las siguientes conclusiones:

- En la investigación se estableció que la presencia de alguna enfermedad referida por los adultos mayores en el dominio físico es de 68% y a su vez es reconocido que las personas de la tercera edad sufren más enfermedades crónicas y esto dificulta e influye en su capacidad de trabajo
- En cuanto a los factores psicológicos el 60% percibe la necesidad de ser escuchados por la familia y comunidad, carencia de afecto y comprensión, la pérdida de roles provoca pérdida de autoestima y autoridad. Los sentimientos de soledad y aislamiento social, se explican por la disminución de contactos familiares e interpersonales.
- Entre los factores sociales percibidos por los adultos mayores, fue la necesidad de comunicación social que alza 100%, sobre todo con personas de su edad, hijos y nietos. Los problemas en la dinámica familiar, pórtate factor social, ya que existe incomprensión al adulto mayor, menos disponibilidad para atenderlo.
- En los factores de entorno mostraron que el 56% consideran que la adquisición de medicamentos, suficiente ingreso económico, apoyo comunitario, recreación y adquisición de alimentos, privacidad den la vivienda son percibidos de manera medianamente buena.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento ESCALA DE RESILIENCIA- WAGMILD Y YOUNG, podemos considerar las siguientes conclusiones:

- En el área de satisfacción personal, que trata sobre el significado que le dan a la vida y como construyen esta, el 100% de los adultos consideran que tienen una capacidad media con respecto a esta área.

- En el área de ecuanimidad, que se refiere a la cualidad que surge cuando logramos asumir las cosas tal cual son. Cuando dejamos de resistirnos o de rechazar lo inevitable y dejamos de desear aquello que no tenemos. Cuando somos capaces de aceptar la realidad y asumir que en todo lo que sucede actúan las leyes de la naturaleza. El 92% de adultos mayores considera que no tienen muy presente esta cualidad.
- El adulto mayor no se siente bien estando solo, siente la necesidad de estar acompañado de alguien, sentirse único e importante para él y los demás.
- La confianza que tiene el adulto sobre sí mismo, que es el convencimiento de que es capaz de realizar con éxito una tarea o elegir un enfoque adecuado para resolver un problema, se ve reflejado de forma positiva ya que un 76% de la población siente esta capacidad de confianza.
- En el área de perseverancia, el 60% de los adultos mayores sienten tener esa fuerza interna para seguir adelante y sobresalir cuando parecen desfallecer.

Finalmente se concluye que el proceso de envejecimiento en Bolivia es un fenómeno demográfico de gran importancia. El incremento en la población de adultos mayores debe evaluarse en razón de consecuencias sociales, económicas y de salud.

No se debe olvidar que las características que definen la vejez radican en la vulnerabilidad en cuanto a salud, capacidad física, desempeño mental y dificultades de adaptabilidad a nuevos entornos sociales y económicos. Estas desventajas hacen que la población envejecida sea objeto de prejuicios, estereotipos y discriminación.

Se recomienda que el adulto mayor genere la necesidad de hallar nuevas metas y reorganizar su vida sin caer en sentimientos de inutilidad y ocio rutinario. Es indispensable que encuentren actividades, motivaciones vitales que les proporcionen alegría de vivir y metas que los conduzcan a una verdadera estabilidad. Además, los profesionales inmersos en el área de adultos mayores deben preocuparse por la búsqueda de actividades alternativas, ya que es de vital importancia que los adultos mayores reorganicen su tiempo y su vida en general.

El control de los factores de riesgo como la prevención de enfermedades, mantener una vida activa tanto física como mental, ayudara a mantener al adulto mayor socialmente activo, por lo tanto el centro Nueva Esperanza debería seguir e implementar nuevas actividades en las que el adulto mayor sienta que es una persona capaz de desenvolverse solo y que a pesar de las limitaciones que se les presentan a cierta edad, saber que hay nuevas formas de disfrutar y formar parte de la sociedad.

El centro Nueva Esperanza, brinda el apoyo necesario que el adulto mayor requiere, permitiéndole ser participe en distintas actividades, se recomienda buscar nuevos espacios de formación y capacitación para los adultos, establecer convenios para un mayor crecimiento del lugar y de esta manera permitir un mayor desarrollo del adulto.

5. BIBLIOGRAFÍA

ADAMS, Y. (2012). **Maltrato en el adulto mayor institucionalizado**. Revista Médica clínica Condes. Pág. 1, 84-90.

ARAGON, L. & Silva, A. (2004). **Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica**. México D.F.: Pax-Mex.

BARLOW, D. & Durand, V. (2003). **Psicopatología** (3ra ed.), Madrid : Thomson

BENSON, E. (2003). **Mayor y despreocupado**. Revista Monitor en Psicología. Pág. 8, 33-34

BECOÑA, E. (2006). **Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto**. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Pág. 125-146.

ESCOBÁR DE PABÓN, Silvia. **Los adultos mayores en el mundo del trabajo urbano**. Pág. 22.

FERNANDEZ, R. (1997). **Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales**. Anuario de Psicología. Pág. 56-59.

FERNANDEZ, B. (2004). **Calidad de vida en la vejez. ¿Es un concepto psicológico?** Revista española de Geriátría y Gerontología. Pág. 37-42.

FLORES, V.; VEGA, M. & GONZALES, G. (2011). **Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor**. Experiencias de México, Chile Colombia, Guadalajara Universal.

HERNÁNDEZ, Z., (2005). **La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor**. Revista enseñanza e investigación en psicología. Pág. 2, 21, 303-319

JIMÉNEZ AMBRIZ, M. G. (2011). **La resiliencia, el tesoro de las personas mayores.** Revista Española de Geriátría y Gerontología. Pág. 11-17, 80.

MEDEIROS, V., Menezes, R. & Alchieri, J. (2001). **Administración del test Whoquol-old para evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en centros de larga estancia.** Revista Psicogeriatrica. Pág. 3, 176

MEJIA BASTOS, Ximena. **Protección social para todos,** por el derecho de las personas mayores a una pensión social, salud y trabajo digno. Pág. 41.

MEJIA, Raúl (2005). **Metodología de la investigación.** 2º edición. La Paz. Pág. 151.

MORAGAS, R. (1991). **Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida.** Barcelona: Herder.

PAPALIA, Diane E. WENDKOS, Sally; DUSKIN, Ruth. **Desarrollo Humano.** Undécima edición.

RUTTER, Michael (1987). **Resiliencia psicosocial y mecanismos protectores.** American Journal Orthopsychistry. Vol. 57, n.3, Pág. 316-329.

VELANDIA, A. (1994). **Investigación en salud y calidad de vida.** 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Pág. 300.

VILLALBA QUESADA, C. (2003). **El concepto de resiliencia individual y familiar.** Aplicaciones en la intervención social. Intervención Psicosocial. Pág. 283 – 299

SAMPIERI, Roberto (2006). **Metodología de la investigación.** Pág. 81-82

Recuperado en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Recuperado en: <http://reeducacion.com/-entrevista.aspx>

Recuperado en: <http://www.paginasiete.bo/sociedad/2015/8/22/paz-adultos-mayores-vive-estado-vulnerabilidad-67444.html>.

Recuperado en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BOLIV002.pdf>

Recuperado en: http://www.la-razón.com/mundo/Violencia-vejez-llega_0_2289971017.html

Datos obtenidos: Instituto nacional de estadística

ANEXOS

Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

FECHA:
EDAD:
SEXO:

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Requiere tomar algún medicamento o seguir un tratamiento médico para su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Cuán importante es su vida para usted?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuál es la calidad de servicios físicos a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Acepta su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de recreación?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está consigo mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con los servicios de transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ESCALA DE RESILIENCIA- WAGMILD Y YOUNG

A continuación se presentan una serie de afirmaciones, por favor circule el número que indica mejor sus sentimientos acerca de esa declaración, desde “1” (totalmente en desacuerdo) hasta “7” (totalmente de acuerdo).

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando planeo algo lo llevo a cabo	1	2	3	4	5	6	7
2	Por lo general consigo lo que deseo	1	2	3	4	5	6	7
3	Me siento capaz de mí mismo(a)	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mí, es importante mantenerme interesado(a) en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
5	En caso que sea necesario, puedo estar solo(a)	1	2	3	4	5	6	7
6	Me siento orgulloso(a) de haber conseguido algunas cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7	Tomo las cosas sin mucha importancia	1	2	3	4	5	6	7
8	Soy amigo(a) de mí mismo(a)	1	2	3	4	5	6	7
9	Me siento capaz de hacer varias cosas a la vez	1	2	3	4	5	6	7
10	Soy decidido(a)	1	2	3	4	5	6	7
11	Rara vez me pregunto de que se trata	1	2	3	4	5	6	7

	algo							
12	Tomo las cosas día por día	1	2	3	4	5	6	7
13	Puedo sobrellevar tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
14	Tengo auto disciplina	1	2	3	4	5	6	7
15	Me mantengo interesado(a) en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16	Por lo general encuentro de qué reírme	1	2	3	4	5	6	7
17	Puedo sobrellevar el mal tiempo	1	2	3	4	5	6	7
18	Las personas pueden confiar en mí en una emergencia	1	2	3	4	5	6	7
19	Puedo ver una situación desde diferentes puntos de vista	1	2	3	4	5	6	7
20	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no lo deseo	1	2	3	4	5	6	7
21	Mi vida tiene un sentido	1	2	3	4	5	6	7
22	No me lamento de cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23	Puedo salir de situaciones difíciles	1	2	3	4	5	6	7
24	Tengo la energía suficiente para llevar acabo lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5	6	7
25	Acepto el que existan personas a las que no les agrado	1	2	3	4	5	6	7

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.