



**Bienestar psicológico y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no
institucionalizados de los municipios de Caucasia y Tarazá Antioquia
Estudio comparativo**

Laura Melissa Ospina Zapata
Karol Dayana Herrera Domínguez

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogas

Asesora
Carmen Natalia Acevedo Mesa
Magister en Estudios del Comportamiento.

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Caucasia, Antioquia, Colombia
2024

Cita

(Ospina Zapata & Herrera Domínguez, 2024)

Referencia

Ospina Zapata, L. M., & Herrera Domínguez, K. D. (2024). *Bienestar psicológico y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de los municipios de Cauca y Tarazá, Antioquia*

Estilo APA 7 (2020)

Estudio comparativo – 2024

[Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Cauca, Colombia.



Biblioteca Seccional Bajo Cauca (Cauca)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A los adultos mayores, cuyo legado de sabiduría, experiencia y amor ilumina cada rincón de este trabajo. Gracias por abrirnos las puertas de su vida, por sus historias maravillosas y por enseñarnos que en cada arruga se esconde un tesoro que merece ser encontrado.

*La verdadera riqueza de la vida
se mide en las historias compartidas
y en los corazones tocados.*

K.L.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la culminación de este trabajo de grado.

A nuestras familias por su amor incondicional, apoyo constante, palabras de aliento en cada etapa de este camino y por su confianza en nosotras que fue nuestro mayor impulso.

A nuestra asesora de grado, Natalia Acevedo, que su conocimiento y experiencia fueron fundamentales para el éxito de este proyecto, gracias por su orientación, sabiduría, por cada consejo y por guiarnos con paciencia y dedicación en este camino.

A Feli, que estuvo a mi lado en cada paso de esta travesía universitaria. Gracias por tu compañía, tu apoyo fue invaluable en toda esta etapa. *K*

A Key, que tanto en su inicio como en el final siempre estuvo presente en la motivación de este proceso académico. Gracias a su apoyo, a su amor y, sobre todo, a su vida. *L*

Tabla de contenido

Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
1. Planteamiento del problema.....	13
2. Justificación	19
3. Objetivos	21
3.1. Objetivo general	21
3.2. Objetivos específicos.....	21
4. Hipótesis	22
4.1. Hipótesis de trabajo.....	22
5. Marco teórico	23
a. Adulto mayor.....	24
b. Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico.....	24
c. Bienestar Psicológico de Ryff.....	26
d. Calidad de Vida en el Adulto Mayor	27
6. Metodología	31
6.1. Tipo de investigación	31
6.2. Método	31
6.3. Técnica de recolección.....	32
6.4. Muestra.....	34
6.4.1. Criterios de inclusión	34
6.4.2. Criterios de exclusión.....	34
6.5. Unidad de trabajo	34

6.6.	Unidades de análisis	35
6.7.	Plan de recolección de la información	35
6.7.1.	Fase de recolección de antecedentes	35
6.7.2.	Construcción teórica (autores, conceptos)	35
6.7.3.	Recolección de datos	36
6.8.	Plan de análisis de la información	36
6.8.1.	Análisis e interpretación	37
6.9.	Consideraciones éticas	37
7.	Resultados	40
8.	Discusión.....	53
9.	Conclusiones	57
10.	Referencias	59
11.	Anexos.....	65
11.1.	Anexo Consentimiento informado	65

Lista de figuras

Figura 1 Distribución de la muestra por género.....	40
Figura 2 Número de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en relación con la edad en el municipio de Caucasia.	41
Figura 3 Número de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en relación con la edad en el municipio de Tarazá.	41
Figura 4 Clasificación de las etapas de los adultos mayores en relación con la edad en los municipios de Tarazá y Caucasia, Antioquia.	42
Figura 5 Distribución de la muestra en nivel de escolaridad.	42
Figura 6 Distribución de la muestra Estado civil.	43
Figura 7 Actividades que realiza en el tiempo libre.....	43
Figura 8 Promedio de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.	44
Figura 9 Relación calidad de vida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.	45
Figura 10 Promedio de calidad de vida en adultos mayores de los municipios de Caucasia y Tarazá.	46
Figura 11 Relación calidad de vida entre adultos mayores de los municipios de Caucasia y Tarazá.	47
Figura 12 Dimensión autoaceptación adultos mayores institucionalizados.....	48
Figura 13 Dimensión autoaceptación adultos mayores no institucionalizados.....	48
Figura 14 Dimensión relaciones positivas adultos mayores institucionalizados.	48
Figura 15 Dimensión relaciones positivas adultos mayores institucionalizados.	48
Figura 16 Dimensión autonomía adultos mayores institucionalizados.....	49
Figura 17 Dimensión autonomía adultos mayores no institucionalizados.....	49
Figura 18 Dimensión dominio del entorno adultos mayores institucionalizados.	50
Figura 19 Dimensión dominio del entorno adultos mayores no institucionalizados.	50
Figura 20 Dimensión crecimiento personal adultos mayores institucionalizados.	50

Figura 21 Dimensión crecimiento personal adultos mayores no institucionalizados.	50
Figura 22 Dimensión propósito en la vida adultos mayores institucionalizados.	51
Figura 23 Dimensión propósito en la vida adultos mayores no institucionalizados.	51
Figura 24 Promedio de puntuaciones obtenidas en bienestar psicológico de adultos mayores por municipio.....	52
Figura 25 Promedio de puntuaciones obtenidas en bienestar psicológico de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.	52

Siglas, acrónimos y abreviaturas

AM	Adulto mayor
BP	Bienestar psicológico
BS	Bienestar subjetivo
CV	Calidad de Vida
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud

Resumen

El presente estudio se enfocó en analizar las diferencias y similitudes del bienestar psicológico y calidad de vida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en los municipios de Caucasia y Tarazá, Antioquia. Se empleó la escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff y el cuestionario WHOQOL-OLD para este propósito, con un enfoque cuantitativo y diseño transversal, se recolectaron datos que permitieron comparar variables sociodemográficas y dimensiones psicológicas. Los resultados indicaron un nivel generalmente alto de bienestar psicológico en la población estudiada, destacándose mayores puntajes en Caucasia respecto a Tarazá y en adultos no institucionalizados frente a los institucionalizados, así como en calidad de vida. Se puede concluir que los factores mencionados ejercen una influencia significativa en el bienestar psicológico de los adultos mayores, que a su vez repercute en varios aspectos de su calidad de vida, por lo tanto, se puede argumentar que el bienestar psicológico está estrechamente ligado a la percepción individual de satisfacción con la vida, la capacidad de enfrentar desafíos diarios y adaptarse a ellos. Por lo tanto, cualquier factor que afecte el bienestar psicológico tendrá un impacto considerable en la calidad de vida general de estas personas, incluyendo su salud mental y física, sus relaciones sociales y su sentido de propósito.

Palabras clave: Bienestar psicológico, bienestar subjetivo, calidad de vida, adulto mayor

Abstract

The present study aimed to analyze the differences and similarities in psychological well-being and quality of life among institutionalized and non-institutionalized older adults in the municipalities of Caucasia and Tarazá, Antioquia. The Carol Ryff Psychological Well-Being Scale and WHOQOL-OLD questionnaire were used for this purpose. Employing a quantitative approach and cross-sectional design, data were collected to compare sociodemographic variables and psychological dimensions. Results indicated generally high levels of psychological well-being, with higher scores observed in Caucasia compared to Tarazá and among non-institutionalized adults versus institutionalized ones, as well as in overall quality of life. It can be concluded that these factors significantly influence the psychological well-being of older adults, which in turn affects various aspects of their quality of life. Thus, psychological well-being is closely linked to individual perceptions of life satisfaction, the ability to face daily challenges, and adaptability. Consequently, any factor impacting psychological well-being will notably affect the overall quality of life of these individuals, including their mental and physical health, social relationships, and sense of purpose.

Keywords: Psychological well-being, subjective well-being, quality of life, older adult.

Introducción

El bienestar psicológico y la calidad de vida en la vejez son conceptos que requieren un abordaje multidimensional, explorando diversas facetas que influyen en el bienestar integral durante esta última etapa del desarrollo humano, es por esto por lo que, este estudio tiene como objetivo analizar las diferencias y similitudes en el bienestar psicológico y la calidad de vida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de los municipios de Cauca y Tarazá, Antioquia. Para ello, se aplicarán la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff y el cuestionario WHOQOL-OLD.

Dicho esto, la creciente población de adultos mayores en todo el mundo, y en particular en Colombia, plantea la necesidad de comprender y mejorar las condiciones que afectan su bienestar y calidad de vida, según la OMS, más del 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún trastorno mental o neurológico, lo que impacta negativamente su calidad de vida, por lo tanto, a medida que las personas envejecen, enfrentan múltiples desafíos físicos y emocionales, incluidos cambios en su salud, relaciones personales y entorno social.

Este estudio se enfoca en explorar cómo estas variables influyen en el bienestar psicológico y la calidad de vida, con un énfasis particular en el contexto de la institucionalización versus la vida en el hogar. Indagar el entorno residencial de los adultos mayores, tanto institucionalizados como no institucionalizados, en los municipios de Cauca y Tarazá, puede proporcionar datos valiosos para comparar cómo el lugar donde viven y su municipio de residencia afectan, ya sea positiva o negativamente, los niveles de bienestar y, en consecuencia, la calidad de vida de estos individuos.

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), planteó (2017) que la población de adultos mayores está incrementando con rapidez a nivel mundial.

El orden cronológico del adulto mayor (AM) es caracterizado por tres etapas: “viejo joven” se encasilla entre los 60 y 74 años, caracterizados por poseer vitalidad y vigorosidad; “viejo viejo” este comprende desde los 75 a 84 años, ambos grupos están dentro de la denominada “tercera edad”, mientras que el último grupo que va desde los 85 años en adelante es nombrada como la “cuarta edad” donde la presencia de enfermedades es mayor y por lo cual presentan dificultad a la hora de realizar actividades diarias (Fernández & Manrique, 2010). Esta clasificación proporciona una estructura útil para comprender las necesidades y desafíos específicos de los adultos mayores en diferentes etapas de su vida.

Como en cualquier otro periodo de la vida, tanto la salud mental y el bienestar emocional son factores relevantes para garantizar la calidad de vida, la OMS (2017) esboza que el aumento de la edad en la población va acompañado de múltiples problemas físicos y mentales, denotando que más del 20% de las personas que tienen más de 60 años sufren algún trastorno mental o neural y a su vez modifica su calidad vida. Es por esto que, en el proceso de envejecimiento aumentan las posibilidades de padecer múltiples enfermedades y que a su vez va acompañado de carencias en los recursos básicos para disfrutar de una vida digna y un adecuado ajuste a la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Los adultos mayores son una población que experimenta cambios y pérdidas significativas en sus vidas, como la jubilación, la pérdida de amigos o seres queridos y la disminución de la salud física, lo que puede afectar su bienestar en general, ante esto, indagar por el bienestar psicológico es de suma importancia, ya que este concepto permite explorar una serie de características como la salud física, la calidad de vida, la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo. Sumado a esto, Gable (2005) define el bienestar psicológico como “un estado mental positivo que se caracteriza por emociones positivas, una mayor resiliencia ante el estrés y una mayor satisfacción con la vida en general” (p.105).

Para una mayor comprensión, Vivaldi y Barra (2012) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. Los participantes para este proyecto fueron 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). La metodología que llevaron a cabo fue: encuesta sociodemográfica, escalas de bienestar psicológico de Carol Ryff y escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) de Zimet. Los autores concluyeron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y, además, señalaron que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.

En este sentido, la variable de Calidad de Vida surge también para la comprensión del desarrollo de distintos aspectos de la vida de los Adultos Mayores, por lo que Haas (1999, citado en Urzúa, et al 2012), plantea este concepto como una evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece. En este sentido, es relevante preguntarse por la calidad de vida, justamente porque está estrechamente relacionada con el bienestar psicológico, ya que estos están vinculados con la satisfacción y el sentido de plenitud en la vida, con lo anterior, tener un nivel razonable de bienestar psicológico y una buena calidad de vida se consideran objetivos deseables para la mayoría de las personas y las sociedades.

Cabe señalar que, Herazo-Beltrán et al., (2017), realizaron una investigación titulada *Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados*, cuyo objetivo fue estimar las diferencias en la calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores que residen en una institución en comparación con aquellos que viven en sus hogares. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. Los participantes en total fueron 113 adultos mayores institucionalizados y 132 adultos mayores de 60 años que viven en su residencia habitual, aplicaron una serie de batería de pruebas enfocadas en el objetivo propuesto. En los resultados de esta investigación se encontró que los adultos que se encuentran institucionalizados la dependencia se convierten en un factor determinante, dado que esta población presenta bajos niveles de funcionalidad en comparación con los adultos no institucionalizados. En

la mayoría de las variables estudiadas (calidad de vida, funcionalidad y condición física), los adultos institucionalizados presentaron puntuaciones más bajas respecto de los que no lo están.

Estas condiciones de vida de los AM pueden darse en ambientes familiares donde conviven con sus seres queridos y también en otros espacios como instituciones geriátricas, para ello, es pertinente reconocer que implica ser un adulto mayor institucionalizado, Ramos (2005) lo define como el individuo de edad avanzada que residen en centros residenciales, ya sea en una institución o en establecimientos de alojamiento permanente y definitivo, donde estas entidades u organismos deben adaptarse a las necesidades históricas, sociales, económicas y culturales del individuo institucionalizado. Cuando un adulto mayor no puede vivir de manera independiente en su hogar debido a diversas razones, como limitaciones de salud, falta de apoyo familiar o necesidad de cuidados especializados, requieren estar en una institución que preste estos cuidados, esto es un cambio relevante en sus vidas.

Un claro ejemplo en el contexto colombiano para conocer cómo estos conceptos se entrelazan, más específicamente en la ciudad de Pereira, Martínez et al., (2011) realizaron un estudio sobre la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados residentes en cinco centros de protección al adulto mayor, en la investigación se encontró que, de la población total, un 9,6% experimentaba una alta calidad de vida, mientras que un 47,1% tenía una calidad de vida considerada como insatisfactoria; y además, un 33,7% presentaba una calidad de vida deficiente, y el restante 9,6% mostraba una calidad de vida baja. Dentro de las discusiones, plantearon la estrecha relación que existente entre calidad de vida, las condiciones sociales y la actividad física para la mejora del bienestar de estos individuos, que sin duda tanto los “factores psicológicos como sentimientos positivos, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, etc.,” (p.707), juegan un papel fundamental en la calidad de vida de los adultos institucionalizados.

Asimismo, los resultados del estudio llevado a cabo en Colombia por Herazo y su equipo de investigación en 2017, al referirse a la calidad de vida, la describen como la salud física, salud mental y capacidad física en un contexto psicosocial y entorno construido, que contribuye a un envejecimiento satisfactorio. Para evaluar esta variable, utilizaron la versión validada en Colombia del Cuestionario SF-36. Los resultados revelaron un promedio de $49,5 \pm 30,4$ en el grupo institucionalizado y $75,4 \pm 25,6$ en el grupo de adultos mayores no institucionalizados, con

puntuaciones más favorables en este último grupo en comparación con los institucionalizados, hallando una similitud entre los resultados con el anterior estudio realizado también en Colombia.

Consecuentemente, Melguizo y Vargas (2017) realizaron un estudio transversal que tuvo como objetivo determinar factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en Cartagena. En el estudio hubo una participación de 657 adultos mayores, en esta investigación se empleó la estadística descriptiva y un modelo de regresión logística multivariada, para analizar la prueba de Pfeiffer, encuesta sociodemográfica, escala de depresión de Yesavage, cuestionario de salud auto percibida, escala de Barthel, Lawton y Brody, Índice Multicultural de Calidad de Vida y cuestionario Duke- UNC-11. Los autores concluyeron que la calidad de vida se asocia positivamente al percibir apoyo social adecuado y a la independencia para realizar actividades instrumentales en la vida diaria y, de manera negativa, al hecho de trabajar o tener pensión.

Otro estudio realizado con adultos mayores con nacionalidad dominicana por Sena et al., (2008) el cual tenía por objetivo analizar las diferencias que existen en una muestra de 111 ancianos institucionalizados y no institucionalizados en los componentes de calidad de vida y bienestar. Los resultados mostraron que el apoyo es un factor relevante para determinar el bienestar y para un envejecimiento saludable, por lo tanto, estos dos conceptos determinan la calidad de vida, así como también, actúan como factores que facilitan las conductas de promoción de la salud y reduce el riesgo de mortalidad. Por otro lado, encontraron que, aunque no hay diferencias en el bienestar psicológico entre los dos grupos, se encontraron disparidades en lo que respecta a los elementos del bienestar subjetivo, con puntuaciones más bajas en el grupo de ancianos institucionalizados.

Con el fin de abordar dicho fenómeno en el contexto deseado, se indaga sobre el bienestar psicológico y nivel de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de los municipios de Cauca y Tarazá Antioquia, con el fin de comparar cuál sería la influencia según el tipo de contexto que habitan, ya sea en una residencia geriátrica o en su domicilio personal, con el fin de analizar las diferencias y similitudes entre las dos poblaciones en relación con el bienestar psicológico y calidad de vida, debido a la importancia que tiene un ambiente facilitador o limitador en el bienestar humano (Molina et al., 2008).

De acuerdo con los últimos estudios realizados en 2021 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se estima que en Colombia hay 7.107.914 personas adultas mayores que corresponde a un 13,9% de la población del país, de las cuales, 3.918.300 (55,1%) son mujeres y 3.189.614 (44,9%) son hombres, denotando así un gran porcentaje de adultos mayores en Colombia (DANE, 2021, p.4). Específicamente, en Antioquia, el porcentaje de proyección tasado por el DANE para el año 2020 de adultos mayores corresponde a un 15%, destacándose el porcentaje en relación con los 32 departamentos (DANE, 2021).

En Colombia, según la ley 1251 de 2008 redactada por el Congreso de la República, se debe promover la protección y defensa de los derechos de los adultos mayores con la finalidad de que estos sean partícipes activos de la sociedad. En su artículo 17 se plantea que, dentro del Plan Nacional de Colombia se debe tener distintas áreas de atención de importancia hacia los adultos mayores, por su parte, en su primer ítem, se resalta la “Protección a la salud y bienestar social” en donde se traza tanto los problemas y la atención a la salud mental.

En el Bajo Cauca Antioqueño, conformado por los municipios de Caucasia, Cáceres, Tarazá, Nechí, Zaragoza y El Bagre, los adultos mayores son una población importante a tener en cuenta, por lo cual los Planes de Desarrollo deben proporcionar de manera adecuada los servicios pertinentes para la necesidades médicas, sociales y culturales.

Es por ello por lo que, el programa de atención integral al adulto mayor busca brindar integralidad en el desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades de estas personas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y proveer un mayor grado de bienestar (Alcaldía de El Bagre, 2020).

Pese a que cada uno de los municipios busca atender al mayor número de adultos mayores en cada uno de sus programas, se presentan dificultades para lograr la cobertura total, algunas de ellas son: la falta de gestión de las instituciones, desconocimiento de políticas públicas por parte de la población, así como la negligencia de los funcionarios públicos por cumplir la ley y la falta del fortalecimiento de las organizaciones sociales (Alcaldía de Zaragoza, 2020). Bien, Caucasia, un municipio que cumple el rol de cabecera municipal del Bajo Cauca, según la Dirección Seccional de Salud para Antioquia, alberga a 9.325 personas mayores que superan 60 años,

expresado en el Plan de Desarrollo Territorial 2020-2023, lo que pone en evidencia la gran demanda de esta población y la relevancia de las políticas públicas que velen los derechos de los Adultos Mayores no solo en este municipio sino con las otras localidades aledañas y su relación con la importancia del bienestar y calidad de vida de estas personas.

Al igual que Caucasia, Tarazá es municipio que se encuentra ubicado en la misma ruta de concepción al mar, que, aunque es el tercer municipio del Bajo Cauca que cuenta con asilo al igual que Caucasia y El Bagre, a diferencia de los municipios de la subregión no tiene un Plan de Desarrollo accesible que pueda develar información sobre este lugar o sobre la población objeto de estudio, es por ello que surge la relevancia de indagar en esta investigación de manera comparativa entre la cabecera municipal y uno de los municipios aledaños, que en este caso sería Tarazá.

Este problema de investigación es relevante en el contexto actual del envejecimiento de la población en Colombia, ya que puede contribuir al desarrollo de políticas y programas de salud mental más efectivos y adaptados a las necesidades de los adultos mayores. Se espera entonces que existan diferencias significativas tanto en el bienestar psicológico como en la calidad de vida entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en los dos municipios de la región del Bajo Cauca antioqueño, así como también, se anticipa que los adultos mayores no institucionalizados presentarán niveles más altos de bienestar psicológico y calidad de vida en comparación con sus contrapartes institucionalizadas. También, se pretende que estos niveles de bienestar psicológico se correlacionen con los niveles de calidad de vida en ambos grupos. De aquí surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las diferencias y similitudes en el bienestar psicológico y calidad de vida del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado de Caucasia y Tarazá?

2. Justificación

La importancia del bienestar psicológico está relacionada con una mejor calidad de vida, mayor satisfacción con la vida y mayor longevidad (Diener et al., 2010). El bienestar psicológico de los AM es un tema pertinente para la investigación e intervenciones de salud mental, la psicología se ha encargado de profundizar en diversos aspectos de la mente humana y como a lo largo de la vida, cada ser humano enfrenta desafíos que pueden afectar sus niveles de bienestar psicológico y calidad de vida de diversas formas.

Desde lo disciplinar, la psicología también se ha preocupado por el envejecimiento, realizando múltiples aportes teóricos y prácticos con una mirada al análisis de esta población y a su vez al proceso del desarrollo de cada individuo que culmina con el envejecimiento. De tal modo que, dentro del rol del profesional psicólogo se interesa por conocer cómo las personas experimentan y se adaptan psicológicamente al proceso de envejecer, la psicología juega un papel fundamental en comprender cómo estas experiencias se relacionan con el bienestar mental y emocional (Salvarezza, 1993), por lo que es significativo tener en cuenta que la experiencia es única en cada individuo y que la psicología reconoce la diversidad de respuestas y procesos psicológicos, haciendo pertinente la investigación presente en un contexto donde esta experiencia enfrenta desafíos en la escasez teórica y práctica.

La vigente Ley de Salud Mental en Colombia, Ley 1616 de 2013, contiene disposiciones para garantizar el acceso de los adultos mayores a la atención de salud mental. El objetivo principal de esta ley es promover la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental para toda la población de Colombia, incluyendo a los adultos mayores; además, establece que el foco de atención en la salud mental de estos debe estar enfocado en la prevenir las múltiples enfermedades mentales y dificultades que con la edad pueden aparecer. Por lo tanto, el interés enmarcado en las políticas colombianas permite evidenciar la importancia no solo en la investigación de la salud mental sino también su relación a esta población que se categoriza como vulnerable y merece la misma relevancia del enfoque psicológico ya que el rápido envejecimiento crea una necesidad de comprender y mejorar la calidad de vida de esta creciente parte de la sociedad.

La pertinencia que recae en este proyecto va encaminada en tanto pretende conocer y describir las diferencias y similitudes del bienestar psicológico de los adultos mayores y sus niveles de calidad de vida, permitiendo acercarse a una perspectiva de esta población donde se arroje más información que brinde una aproximación al conocimiento de las diversas realidades que en muchos casos son observadas, pero de las cuales no se le da la importancia que amerita. Pese a que en la Ley 1616 de 2013, todavía existen retos en la implementación de políticas y programas que garanticen la atención en salud mental de los adultos mayores en todo el país, es significativo seguir trabajando en la promoción, investigación y programas que garanticen la atención integral y efectiva en salud mental de esta parte de la sociedad en el Bajo Cauca.

En lo personal, el interés sobre este tema, surge porque cada una de nosotras siempre ha estado vinculada de la mejor manera con la crianza de las madres de nuestras madres, el vínculo con los AM para cada una de nosotras siempre ha sido muy próximo y altamente significativo de atención, por lo que, estudiar una temática que tenga relación con una población que en muchos casos se descuida, se olvida o se deja de querer nos genera no solo una retribución a la sociedad sino también un detalle en retribución con nuestras madres (abuelas) que se quiere materializar en esta propuesta de investigación. De esta forma, para nosotras que observamos a los AM con una mirada de ternura y amor, ver que el proceso de envejecimiento les trae consigo la soledad y las pérdidas significativas tanto físicas como emocionales, nos genera un gran interés por retribuirles a través de esta investigación, la importancia a esas individualidades que viven día a día los adultos mayores, donde exista una preocupación que trascienda el bienestar físico y permita observar las desigualdades que con que pasar del tiempo son cada vez más evidentes.

Esta idea de investigación vive lo personal en cada una, sin embargo, se consolida partir de la experiencia académica, que, desde la psicología, permite la creación de nuevo conocimiento para el territorio, donde este estudio resalte la importancia de conocer, analizar y profundizar sobre la situación actual del BS y CV de los adultos mayores de los municipios de Cauca y Tarazá y entender las diferencias en el contexto que se encuentren.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar las diferencias y similitudes del bienestar psicológico y calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado de los municipios de Cauca y Tarazá Antioquia, mediante la aplicación de la prueba de Carol Ryff y el cuestionario WHOQOL-OLD.

3.2. Objetivos específicos

- a) Identificar cada una de las dimensiones que forman parte de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.
- b) Determinar si existen diferencias en el bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en función de variables sociodemográficas (edad, género, nivel educativo, etc.).
- c) Analizar la relación entre la percepción de bienestar psicológico y la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis de trabajo

Existen diferencias significativas tanto en el bienestar psicológico como en la calidad de vida entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en los dos municipios de la región del Bajo Cauca antioqueño, así como también, se anticipa que los adultos mayores no institucionalizados presentarán niveles más altos de bienestar psicológico y calidad de vida en comparación con sus contrapartes institucionalizadas.

5. Marco teórico

En el siguiente apartado se visibilizan los conceptos que serán abordados en el ejercicio de la investigación, pues son considerados base teórica para la consolidación de este. En un primer momento se hace un exhaustivo énfasis en los componentes que preceden al término de bienestar psicológico, haciendo una relación con la psicología positiva y aclarando el concepto de bienestar subjetivo que se vincula a esta perspectiva, luego se anuda esta conceptualización con la relación que existe entre la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor, finalmente, se abordan las perspectivas de lo que es ser un adulto mayor a partir de teorías que abordan y contemplan este concepto.

La Organización Mundial de la Salud (2014) define la salud como aquel estado donde el individuo más allá de las afecciones o enfermedades, se encuentra en completo bienestar físico, mental y social; definido como el primer principio para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos. El concepto de salud, si bien ha sufrido diversas variaciones a lo largo de la historia, la conceptualización de la OMS ha devenido fundamental, en esta aparecen tres variables a considerar ligadas al bienestar (físico, mental y social). Cabe señalar que, en los últimos años, la salud mental ha sido un eje de estudio importante en los objetivos mundiales de desarrollo, la inclusión de este concepto en su estudio busca, por un lado, que se amplíe el conocimiento sobre este y, a su vez, que se reduzca la estigmatización, además de que haya una prevención para la concienciación donde exista el acceso a la salud mental y a tratamientos eficaces, para los adultos mayores que son la parte de la población con la mayor probabilidad de padecer múltiples afecciones al mismo tiempo (OMS, 2017).

La salud mental es percibida según la OMS (2022) como un “estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades (...) Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas”. Más que detenerse en el concepto de Salud Mental, la psicología se ha centrado en el estudio científico de las experiencias positivas que hacen parte de las experiencias de cada individuo, como lo son la felicidad y los sentimientos de bienestar, además de las instituciones y programas que ayudan a mejorar la calidad de vida, este reciente enfoque es nombrado psicología positiva, introducido por Martin Seligman que buscaba comprender la felicidad humana, más allá de la patología. Esta concepción se centra en el funcionamiento óptimo,

las sensaciones positivas y sus causas procedentes, el concepto de bienestar surge en este paradigma para nombrar las experiencias subjetivas, los rasgos individuales positivos y a las virtudes cívicas y las instituciones (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

a. Adulto mayor

Desde la perspectiva de la sociología gerontológica, la cual se enfoca, según los sociólogos Settersten & Ángel (2011), en el estudio de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva social, se alude al adulto mayor, por medio del envejecimiento, haciendo una división de este concepto por medio de tres perspectivas distintas que convergen entre sí. La primera, es la vejez cronológica, en este sentido, se tiene en cuenta la edad como un factor relevante para comprender el envejecimiento, que, según el Ministerio de Salud y Protección social, para que una persona se encuentre en la etapa de la vejez debe de tener 60 años o más. La segunda, hace referencia a la vejez funcional, que es la manera de observar cuando comienzan a aparecer ciertas limitaciones y discapacidades en la etapa del envejecimiento y, por último, se alude a la vejez como parte del proceso de vida de las personas, en las que aparecen ciertas características particulares diferentes de otras etapas de la vida (Rodríguez, 2018). En general, la sociología gerontológica reconoce el término de adulto mayor como diverso, dado que, ubica el proceso de envejecimiento dentro de diferentes contextos, lo cual hace más amplia su comprensión.

b. Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico

Este paradigma remite al estudio de dos tradiciones distintas en el estudio de bienestar personal, Vivaldi y Barra (2012) plantean el bienestar subjetivo BS (perspectiva hedonista) y el bienestar psicológico BP (perspectiva eudaimonia), donde el primero, hace referencia la evaluación global que el individuo hace de las circunstancias tanto placenteras como las que no lo son y, el segundo, hace referencia al indicador de un funcionamiento positivo en el individuo, posibilitando tanto el desarrollo de sus capacidades como su crecimiento.

La psicología se ha centrado en aliviar el sufrimiento humano, por el contrario, la psicología positiva surge como una alternativa de pensar en un enfoque orientado a la felicidad, bienestar y el sentido de vida. Para Seligman (2011), el bienestar subjetivo se refiere a aquella sensación de sentirse bien consigo mismo, con los demás y con el mundo; este autor plantea que es una percepción subjetiva y personal que se hace de la propia vida, que difiere o puede variar de una persona a otra. Algunas de las dimensiones que se deben tener presente para la consideración del

BS son primero, satisfacción con la vida en general, segundo, la presencia de emociones positivas y tercero, la ausencia de emociones negativas.

El bienestar subjetivo se funda en lo que las personas piensan y sienten sobre los diferentes aspectos de su vida y, además, las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia, en pocas palabras, es la evaluación que el individuo hace de su vida tanto en lo emocional como en lo cognitivo (Diener, 2000, citado por Cuadra y Florenzano, 2003). Conforme a Diener, este concepto permite entender la felicidad y la calidad de vida de las personas, midiéndolo a través de la evaluación que una persona hace de su propia felicidad, de la satisfacción que tiene con la vida y del sentido del propósito inmerso en él.

Del mismo modo, García (2002) plantea la importancia de los componentes cognitivos y comportamentales en la búsqueda, consecución y valoración del bienestar subjetivo o la felicidad, por lo que se destaca que lo subjetivo no se opone a lo objetivo, sino que se haya complementado mutuamente. Si bien lo subjetivo es la realidad misma que percibe el sujeto sobre su vida, que sirve de guía o referente para él en cuanto a su entorno, para este autor, el bienestar subjetivo puede lograrse a través de procesos internos como “el cambio las aspiraciones, la percepción de uno mismo y del entorno, la acción sobre ella misma o la modificación de sus circunstancias vitales” (García, 2002. p.35).

Uno de los primeros autores en diferenciar estos dos enfoques fue Waterman (1993), quien especificó el bienestar psicológico, diferenciándolo del bienestar subjetivo tradicional; vincula la perspectiva del bienestar psicológico con lo que él plantea como los sentimientos de “expresividad personal”, considerando que estas emociones se relacionan con experiencias de gran implicación con las acciones que la persona realiza, por ejemplo, de sentirse vivo y realizado, de que todas aquellas actividades que se llevan a cabo sean percibidas como algo que llena al individuo, es decir, de que el significado de todo aquello que se hace tiene un sentido para la persona.

Salotti (2006) considera que hay una diferencia entre bienestar y calidad de vida, si bien la calidad de vida surge a partir de la compleja interacción tanto en características objetivas como subjetivas; tanto en aquellas condiciones externas del individuo, es decir, en lo objetivo como lo son: lo cultural, lo económico, lo ambiental, etc., como en lo subjetivo que se vincula estrechamente a aquella valoración que hace la persona de su propia vida en función de su nivel de satisfacción,

esta última característica es percibida por la autora como el bienestar psicológico individual. García Viniegras & González Benítez (2000, citado por Salotti 2006), expresan que, a pesar de la diferencia entre bienestar y calidad de vida, existe una estrecha relación entre estas dos nociones, puesto que al hablar de calidad de vida debe incluirse el concepto de bienestar.

Para estas autoras la noción de bienestar va inmersa en la calidad de vida de cada persona, sin embargo, esta noción es una experiencia única y personal que se sujeta al presente de la persona, pero que también debe tener una proyección hacia el futuro, en pocas palabras, va ligado con los logros y proyecciones, un balance entre las expectativas del futuro y los logros del presente. El bienestar psicológico, es, por tanto, para Salotti un constructo definido por la naturaleza de la experiencia subjetiva, que expresa el pensar constructivo y el sentir positivo de cada individuo, que además se hallan aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social.

c. Bienestar Psicológico de Ryff

La perspectiva eudaimonia, enfocada en el bienestar psicológico (BP), se centra en el desarrollo personal, en el estudio del crecimiento personal, el propósito en la vida y la autorrealización, hoy por hoy, existe un modelo teórico multidimensional más aceptado sobre el bienestar psicológico, siendo una escala más conocida, validada y precursora de la psicología positiva, propuesto por Carol Ryff.

A través de los años, el modelo planteado por Carol Ryff se ha consolidado y materializado como aquel que otorga un acercamiento a la perspectiva eudaimonia de la psicología positiva, más en el aspecto principal del bienestar psicológico (BP), para las amplias investigaciones y mediciones de la práctica psicológica. Ryff & Singer (2008) desarrollaron una perspectiva integradora, donde argumentan que las emociones negativas influyen en gran medida en el bienestar psicológico, pero, sin embargo, este concepto no se limita a la ausencia de problemas o malestares emocionales, pues se trata de una experiencia que va más allá, es decir, implica tener una vida significativa y que esta sea satisfactoria.

El bienestar psicológico se ve como un proceso dinámico y continuo del ser humano en sus diferentes etapas del desarrollo y que también, se vincula al crecimiento que se logra a través del compromiso que el individuo ha tenido en su pasado, tiene en su presente y la exploración de diferentes aspectos de su vida en su futuro, por lo tanto, según Ryff y Singer, no es solo alcanzar

una meta u objetivo fijo, sino lo que implica el continuo crecimiento y exploración que se produce a lo largo de toda la vida.

El envejecimiento puede presentar muchos desafíos únicos a esta población, por lo que el bienestar psicológico se vuelve especialmente relevante en los adultos mayores, más aún con los cambios físicos y sociales asociados a esta etapa de la vida que puede afectar significativamente la salud mental y emocional de las personas mayores. Meléndez et al. (2009) resaltan la importancia de mantenerse activos en la vejez y de los efectos positivos que provoca sobre el bienestar psicológico, a través del vínculo tan importante que implica tener un propósito en la vida y que ésta adquiera significado para el individuo, lo que conlleva tener desafíos y conseguir metas valiosas a lo largo de la vida.

Meléndez et al. (2009) señalan la relación que existe entre el bienestar psicológico a partir de la Escala de bienestar de Ryff en las dimensiones del crecimiento personal y el propósito en la vida, con la edad, puesto que se muestra que con la cronología existe una correlación negativa, lo que puede conllevar a que la persona experimente más cambios en el bienestar psicológico en estas dos dimensiones del modelo multidimensional. A diferencia del bienestar subjetivo que parece mantenerse estable con el pasar de los años, las medidas de bienestar psicológico a través del paso del tiempo en el individuo presentan mayores variaciones y diferencias en varias dimensiones (Meléndez et al. 2009), lo que resalta los efectos que tiene la edad sobre el bienestar psicológico y la importancia de que la población más longeva sea estudiada a partir de este modelo, que se vuelve transversal en el desarrollo evolutivo del ser humano y que, en el caso de las personas mayores.

d. Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Para comprender el concepto de calidad de vida, diversos autores han hecho referencia a este como una definición multifactorial, es decir, que comprende diferentes aspectos de la vida de las personas, además de tener una mirada subjetiva, pues va a depender del contexto social y cultural en el que se desenvuelven. Montenegro et al. (1997) mencionan que el proceso de envejecimiento es único para cada individuo, que está determinado por la combinación de la carga genética y la capacidad para adaptarse a las diferentes etapas de la vida. Es por ello por lo que, para lograr un nivel de adaptación satisfactorio, es necesario contar con una buena calidad de vida en la vejez, esta se relaciona a su vez, con diversos factores, entre los cuales se destacan, la capacidad

de adaptación satisfactoria, una autoestima saludable, la libertad, la felicidad y el bienestar en general.

El psicólogo y gerontólogo Javier Yanguas, en su artículo *Calidad de vida en la vejez: revisión teórica y aplicación del modelo de los recursos sociales* (2011), realiza una revisión teórica sobre la calidad de vida y señala que es un concepto multidimensional que abarca aspectos objetivos y subjetivos, que además está influido por factores individuales, sociales y culturales. Este autor, propone un modelo de recursos sociales para su análisis, el cual tiene en cuenta los recursos personales, que se refieren a las características individuales de la persona, como su salud física y mental, su nivel de educación, sus habilidades y destrezas, su autoestima, entre otros; los recursos sociales que incluyen el apoyo social disponible que reciben los adultos mayores, tales como la calidad y cantidad de las relaciones familiares, sociales y comunitarias y, por último, los recursos contextuales hacen referencia a el entorno físico y social en el que vive la persona, así como las políticas y programas sociales que están disponibles en la comunidad. En suma, la calidad de vida no solo está relacionada con la salud física, sino que también se ha de tener en cuenta una variedad de factores relevantes para el desarrollo del bienestar personal, por lo tanto, la comprensión de los tres factores anteriormente mencionados nos muestra una visión amplia para conocer y entender las particularidades del entorno en el que se desenvuelven los adultos mayores.

Desde la perspectiva de Ardila (2003), la calidad de vida es definida como un concepto que abarca múltiples aspectos y se puede entender como un estado subjetivo que se deriva de la interacción entre las condiciones objetivas de vida y las valoraciones subjetivas que las personas hacen de esas condiciones, en pocas palabras, la calidad de vida no depende solo de las condiciones objetivas de vida, sino también de la percepción que las personas tienen de esas condiciones y de su capacidad para adaptarse a ellas. Al igual que Yanguas, Ardila (2003) propone comprender este concepto a partir de tres dimensiones: la dimensión objetiva, que se refiere a las condiciones materiales de vida (como la vivienda, el trabajo, la salud, la educación y el medio ambiente); la dimensión subjetiva, que se refiere a las valoraciones que las personas hacen de su vida y de sus experiencias; y la dimensión relacional, que se refiere a la calidad de las relaciones interpersonales y sociales que las personas tienen en su entorno.

En la edad adulta, las personas experimentan una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Debido a estos cambios, los adultos mayores se convierten en una población altamente

vulnerable, es decir, que la calidad de vida en esta población puede verse afectada con mayor incidencia. Según Guerrero et al. (2015):

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado. (p. 122)

Para lograr una calidad de vida óptima en el adulto mayor, Velandia (1994, citado por Vera, 2007) menciona que esta está determinada principalmente por la interacción de las necesidades básicas de la vida (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas) y cada una de ellas contribuye de manera distinta para lograr el estado óptimo de bienestar, al mismo tiempo que se tiene en cuenta el desarrollo del proceso de envejecimiento y la capacidad de cada persona para adaptarse a su entorno biológico y psicosocial cambiante, el cual se da de manera diferente en cada individuo. Esta adaptación influye directamente en su salud física y psicológica.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2002) define el concepto de calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Ahora bien, para promover la calidad de vida en los adultos mayores, la OMS cuenta con distintos programas que promueven y apoyan la fomentación de un envejecimiento saludable, una de ellas es: La Estrategia Global y Plan de Acción sobre el Envejecimiento y la Salud, la cual tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de acciones específicas, como la promoción de un envejecimiento saludable y activo, la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles y la mejora de la atención y los servicios de salud, y la Guía sobre el Envejecimiento Activo, esta guía proporciona información sobre cómo promover un envejecimiento activo y saludable. Incluye recomendaciones para fomentar la participación social, la actividad física, mental y el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

En Colombia, se han llevado a cabo varias iniciativas y políticas para promover la calidad de vida en los adultos mayores, algunas de ellas son, La Ley 1251 de 2008: Esta ley establece el envejecimiento como un derecho y establece medidas para proteger y garantizar los derechos de las personas mayores. Además, establece la creación del Consejo Nacional de Envejecimiento y

Vejez, que tiene como objetivo coordinar y promover políticas públicas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, el Programa Colombia Mayor, este programa brinda apoyo económico a los adultos mayores en situación de pobreza extrema. Además, el programa ofrece servicios de salud, recreación y cultura para fomentar la calidad de vida de los adultos mayores y los Centros de Vida, estos son centros de atención diurna para adultos mayores, que ofrecen servicios de atención médica, actividades recreativas y educativas, y apoyo emocional. Estos centros se han expandido en todo el país y se han convertido en una importante fuente de apoyo para los adultos mayores y sus familias.

Para concluir, los diferentes planteamientos de los anteriores autores permiten comprender el concepto de calidad de vida como una integración de diferentes ámbitos en la vida de las personas, desde una mirada tanto objetiva como subjetiva. Ahora bien, comprender este concepto desde una mirada en los adultos mayores permitirá la identificación de problemáticas y necesidades específicas inherentes a esta población.

6. Metodología

6.1. Tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, caracterizado por ser objetivo, deductivo y con la finalidad de buscar el conocimiento científico que permitirá realizar un proceso no experimental que será medible, a través de la proyección sobre el bienestar psicológico y su relación entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Este tipo de investigación se fundamenta en los hallazgos que permitan relacionar las variables en las múltiples realidades en la sociedad mediante la implementación de métodos estadísticos (Babativa, 2017). Por otro lado, (Sampieri et al., 2014) definen el enfoque cuantitativo como aquel que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.2).

Este estudio será de diseño transversal puesto que la recolección de los datos se realizará en un solo momento, no se hará un seguimiento a las variables que serán evaluadas con la prueba de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, y el cuestionario WHOQOL-BREF, el cual es un instrumento diseñado por la OMS para medir la calidad de vida en adultos mayores; la utilización de estos dos instrumentos tendrá como propósito de describir variables y analizar su comportamiento en un momento dado (Rodríguez et al., 2007), para este método se requiere expresar el problema de investigación a través de las variables numéricas y que los datos analizados puedan ser expresables en cantidad. Este enfoque de investigación va a permitir la recolección de datos y posteriormente hacer un análisis comparativo de las muestras entre adultos institucionalizados y no institucionalizados del municipio de Cauca y Tarazá Antioquia, a partir de las 6 dimensiones propuestas por el instrumento de medición.

6.2. Método

El método de investigación que se utilizará en esta investigación será de tipo descriptiva, no experimental y transversal, la cual, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), “alude a aquellos estudios realizados sin ningún tipo de manipulación deliberada de variables, en donde solo se lleva a cabo una observación de los fenómenos en su ambiente natural para luego proceder a un análisis minucioso” (p. 149). Es decir, que su objetivo es la recolección de datos y el análisis de la

información. Por otro lado, Hwaire (2019) nos dice que, los estudios descriptivos transversales son aquellos que “tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población” (p. 19) en el caso de la presente investigación, se pretende hacer una identificación de los niveles de bienestar psicológico existentes en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. En esa misma línea, Agudelo et al. (2019) mencionan que la investigación no experimental es una forma de investigación sistemática basada en evidencia en la que no se manipulan las variables independientes, sino que se estudian tal y como se han dado en su contexto natural. En este tipo de investigación, las inferencias sobre las relaciones entre variables se ejecutan sin intervenir ni influir directamente en las mismas. De esta manera, esta investigación pretende hacer un análisis de las variables sin influir en estas.

Por otro lado, el muestreo se pretende hacer de manera intencional y no aleatoria. Los datos recolectados serán en contextos institucionales (asilo de ancianos) y externo a una institución. Será de carácter descriptivo y comparativo orientado a analizar las diferencias y similitudes en el bienestar psicológico entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la comunidad de Cauca y Tarazá.

6.3. Técnica de recolección.

Los instrumentos utilizados en este estudio son, la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989) la cual es una de las herramientas más utilizadas para evaluar el bienestar mental en diferentes momentos y contextos del individuo, esto a partir de seis dimensiones de bienestar que se analizarán, esta prueba además de ser una de las más conocida de esta área también es una de las más validadas para este constructo de bienestar psicológico.

El instrumento cuenta con un total de 6 escalas y un total de 39 ítems, es un cuestionario que usa respuestas tipo Likert, donde las puntuaciones serán entre 1 como totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo, para un total de 234 puntos como valor máximo; de esta manera el participante será evaluado a través de BP elevado ($176 >$), BP alto (141 a 175), BP moderado (117 a 140) y BP bajo (< 116), además del puntaje global se puede efectuar análisis de cada dimensión; la validez del alfa de Cronbach se mantiene con un valor cercano a 0,09, es decir, que la fiabilidad

es mayor para el instrumento y la correlación entre los ítems dentro de la prueba denotan una buena consistencia interna de la prueba (con valores α comprendidos entre 0,78 y 0,81).

La Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff está conformada por seis dimensiones en las que se incluye la evaluación de la satisfacción con la vida y una actitud positiva hacia el propio individuo (Autoaceptación); la capacidad de gestionar y lidiar con tu entorno y las situaciones que surgen con el fin de satisfacer necesidades y deseos (Dominio ambiental); tener la capacidad de resistir la presión social, tanto independencia personal y de las convicciones, es decir, un sentido de autodeterminación personal (Autonomía); la búsqueda del aprendizaje, las nuevas experiencias y de lograr alcanzar el máximo desarrollo como persona (Crecimiento personal); la importancia de tener y crear buenas relaciones amenas, de calidad, confianza y cercanía, la manera de relacionarse con los otros (Relaciones sociales positivas); la sexta y última, plantea el sentirse bien con la vida tanto en el pasado, presente y en el futuro, tanto como las creencias que dan sentido a la vida como los sueños u objetivos se persigue la persona, por lo tanto, existe un propósito y un significado (propósito en la vida) (Ryff y Singer, 2008), cada una de las dimensiones del modelo son importantes para el bienestar psicológico en general y a su vez todas se encuentran interconectadas.

Por otro lado, el cuestionario WHOQOL-BREF (siglas en inglés para World Health Organization Quality of Life assessment – Brief form) es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar la calidad de vida en adultos, es uno de los cuestionarios de salud y calidad de vida más reconocidos a nivel global, según Congost-Maestre (2018) cuenta actualmente con traducciones a más de 50 idiomas.

La estructura del cuestionario está compuesta por 26 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: la primera, es la salud física, la cual evalúa la percepción del individuo sobre su salud física y su capacidad para realizar actividades cotidianas; la segunda, es la salud psicológica, esta dimensión mide el estado de ánimo, la autoestima y la imagen corporal del individuo; la tercera, son las relaciones sociales, esta evalúa la calidad de los vínculos del individuo con su familia, amigos y comunidad; y por último, el ambiente, que valora la percepción del individuo sobre su entorno físico y social, incluyendo su hogar, barrio y comunidad.

Cada pregunta se responde utilizando una escala Likert de cinco opciones, y el período de tiempo que se evalúa es de dos semanas (Congost-Maestre, 2018).

6.4. Muestra

Para el siguiente estudio se tomará una muestra de 40 adultos mayores residentes del municipio de Caucasia y Tarazá, distribuido entre hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados en el asilo “mi dulce hogar” de Caucasia y el hogar de reposo de Tarazá, y la otra mitad serían los no institucionalizados, ambas muestras con personas de ambos sexos en ambos municipios.

6.4.1. Criterios de inclusión

Se optará por el criterio de inclusión relacionado con la edad, residencia y condición mental, por lo que se incluirán en la muestra hombre y mujeres desde los 60 hasta los 100 años de edad, que sean residentes en el municipio de Caucasia y Tarazá y que, además, estén aptos mentalmente para responder la prueba.

6.4.2. Criterios de exclusión

El principal criterio que excluirá a cualquier participante de no ser parte de la investigación es que presente algún tipo de enfermedad psiquiátrica o neurológica significativa para la resolución o interacción del estudio.

6.5. Unidad de trabajo

Grupo de hombres y mujeres adultos mayores pertenecientes al municipio de Caucasia y Tarazá, pertenecientes a la fundación “Mi Dulce Hogar”, hogar de reposo de Tarazá y externos.

La fundación “Mi Dulce Hogar” es un centro geriátrico sin ánimo de lucro, donde residen adultos mayores en condición de vulnerabilidad, en este lugar se brindan servicios hospitalarios y se cubren las necesidades básicas de los adultos mayores, es decir, les brindan comida, ropa, elementos de aseo personal, etc. El total de la población de adultos mayores que residen en este lugar es de 42. La fundación también está compuesta por 11 colaboradores, dentro de los cuales

hay: manipuladoras de alimentos, personal de aseo, fisioterapeuta, enfermeras, secretaria y directora.

El Hogar de reposo de Tarazá es un centro que proporciona servicios médicos y se satisfacen las necesidades básicas de los residentes, como alimentación, vestimenta, artículos de higiene personal y que a su vez ofrece atención geriátrica sin fines de lucro que acoge a personas mayores en situación de vulnerabilidad. La cantidad de personas que residen en esta institución es de 22. Además, cuenta con un equipo de 5 colaboradores, que incluye manipuladores de alimentos, personal de limpieza, enfermeros y una directora.

6.6. Unidades de análisis

Esta investigación se compone de tres categorías de análisis.

- Bienestar psicológico
- Calidad de vida
- Institucionalizado
- No institucionalizado

6.7. Plan de recolección de la información

6.7.1. Fase de recolección de antecedentes

Se realizó una búsqueda exhaustiva sobre aquellas investigaciones previas que han llevado a cabo conceptos similares a la investigación, con el fin de ofrecerle contexto al estudio y de esa manera describir el historial previo de la investigación. Se buscó en distintas plataformas de bases de datos, Google Scholar, Dialnet, Scielo, entre otras. Para dicha búsqueda de antecedentes se utilizaron los términos de búsqueda: “adulto mayor y bienestar psicológico” “autoestima en adultos mayores” “calidad de vida en adultos mayores” “funcionalidad y adulto mayor” con una temporalidad no superior a 10 años.

6.7.2. Construcción teórica (autores, conceptos)

A partir de los conceptos de análisis se referenció todas las fuentes de consulta teóricas que ampliaban los conceptos de adulto mayor, bienestar psicológico y calidad de vida, de esta manera acondicionar la información científica que existe sobre estos conceptos

para obtener un conocimiento nuevo en la presente investigación. La construcción teórica se realizó partiendo de los diferentes artículos sobre bienestar psicológicos realizados por Carol Ryff, quien es la autora de la prueba que se pretende utilizar en esta investigación.

6.7.3. *Recolección de datos.*

Para la presente investigación se realizó, en primer lugar, una entrevista exploratoria, con la persona encargada del asilo “Mi dulce Hogar” y de la misma forma en El hogar de reposo en Tarazá, con la finalidad de dar a conocer nuestro proyecto, para así obtener su aprobación y, posteriormente, se concertó un encuentro cuya finalidad fue tener un espacio con los participantes tanto institucionalizados como los no institucionalizados, con el fin de establecer contacto inicial, conocerlos, presentarles los objetivos y propósitos de la investigación, para, finalmente, socializar el consentimiento informado.

Consecuentemente, se definió el día y hora en que será aplicada la prueba de bienestar psicológico de Carol Ryff y WHOQOL-BREF. Una vez que ambas pruebas se les haya aplicado a los participantes, los datos suministrados se recogerán y se organizarán en una base de datos en la plataforma Excel para realizar su respectivo análisis con la aplicación de uso estadístico de Jeffreys’s Amazing Statistics Program (JAPS).

6.8. Plan de análisis de la información

Se espera realizar la tabulación de los datos obtenidos por medio del aplicativo JASP, el cual es un software estadístico que nos permitirá realizar los respectivos análisis (estadísticas descriptivas, visualización de datos, análisis factoriales) para así, posteriormente elaborar tablas de frecuencias para organizar la información obtenida y proceder a analizar los resultados; luego, se procederá a aplicar el principio de normalidad de la distribución de los datos y obtener qué prueba estadística nos permitirá el análisis de los resultados a través de significancia estadística de Shapiro - Wilk. Después, se espera realizar la comparación entre las variables de los dos grupos evaluados y de esta manera detallar significativamente el análisis y las diferencias existentes entre ambas muestras.

6.8.1. Análisis e interpretación

Para el análisis e interpretación de los instrumentos establecidos para llevar a cabo la presente investigación (Escala de bienestar psicológico de Carol Ryff y WHOQOL-BREF), se tendrán en cuenta los porcentajes establecidos en las diferentes dimensiones que analizan dichas pruebas. En primer lugar, se calculará la puntuación total de cada participante sumando los puntajes de todas las dimensiones del bienestar psicológico, esta puntuación total es de 234 puntos, posterior a eso, se examinará las puntuaciones individuales en cada una de las dimensiones del bienestar psicológico, con la finalidad de identificar las áreas específicas de fortaleza y debilidad para cada participante, a continuación, se hará una comparación con la norma, es decir, se comparan las puntuaciones de los participantes con las normas establecidas para la escala, esto se hará para determinar si los participantes presentan un nivel de bienestar psicológico alto, promedio o bajo; seguidamente, se analizarán los patrones, es decir, se observan los patrones generales en las puntuaciones de los participantes, con el objetivo de identificar si hay una dimensión particular del bienestar psicológico en la que los participantes tienden a puntuar más alto o muy bajo en general. Por último, se interpretarán los resultados de acuerdo con nuestro objetivo de investigación.

6.9. Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, la presente investigación se considerará como sin riesgo, tal como lo establece el artículo 10 de la Resolución 8430/93, ya que las técnicas y métodos que se emplearán en esta investigación no tienen la intención de modificar ni intervenir intencionalmente en las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán en el estudio. Del mismo modo, esta investigación se desarrollará a partir de los criterios establecidos en el artículo 6 de la misma resolución, los cuales son:

- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- Se contará con el consentimiento informado y por escrito los adultos mayores participantes
- Se realizará y se supervisará por estudiantes de psicología con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de los seres humanos participantes, se

contará con los recursos humanos necesarios que garantizarán el bienestar de los participantes.

- Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Del mismo modo, se seguirán los principios del código deontológico y bioético en su séptima versión (07 de mayo de 2019) que rige la práctica psicológica del profesional es un conjunto de normas éticas que deben ser respetadas y ayudar al estudiante en formación de psicología a tomar decisiones informadas en la mayoría de las situaciones que enfrenta un profesional de la Psicología. Asimismo, nos basamos en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia que darán las percepciones del deber ético como futuros profesionales y que cada uno de los participantes estén cubiertos de forma íntegra en la aplicación de este estudio.

En un primer momento, prima el principio de No-maleficencia, como futuras profesionales estamos en la obligación de no lesionar la integridad de ningún ser humano y, por ende, proceder correctamente en la intervención de la investigación, de manera que esta no cause daño a ninguno de los participantes, en este caso, los adultos mayores. En segunda instancia, la Beneficencia es aquel principio que busca generar condiciones que fortalezcan el bienestar de los demás, se trata por lo tanto de un esfuerzo por del profesional de poner todo el empeño de atender y hacer cuanto se pueda por la salud de cada participante, de la manera más profesional y correcta, sin caer en paternalismos. El tercer principio para tener presente es la Autonomía, esta pretende que se respete la autodeterminación de cada persona y su derecho a tomar decisiones propias, por lo que como futuras profesionales debemos respetar la libertad y la capacidad de elección de los adultos mayores en ser parte del estudio. En última instancia, el cuarto principio que orientará el desarrollo de la investigación es el de Justicia, en tanto se tratara a todos los participantes de manera equitativa y reconociendo las particularidades de cada uno.

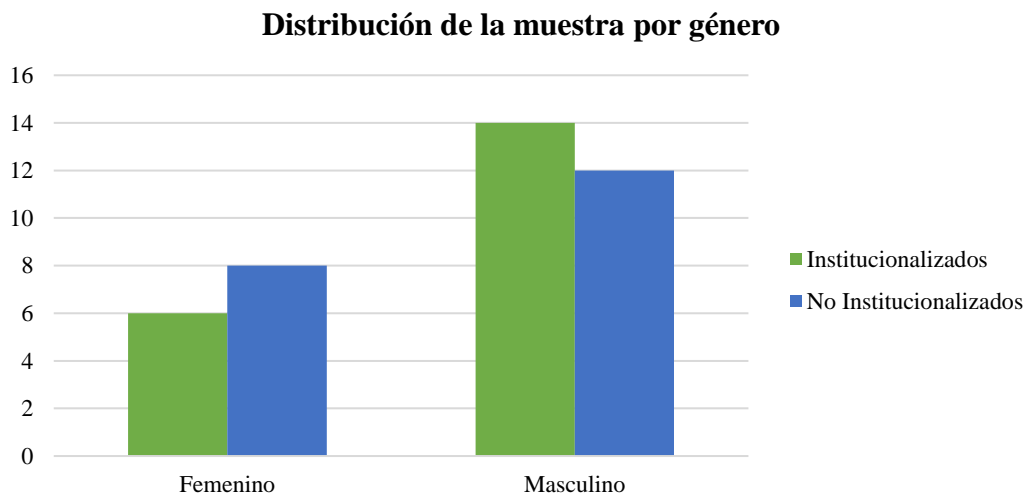
La ley 1090 de 2006 ofrece los lineamientos que regirán la presente investigación en su título II sobre las disposiciones generales que ejercen los psicólogos en su profesión en Colombia, se debe tener en cuenta que en su apartado 5, sobre la confidencialidad a la cual está obligado el psicólogo, se debe manejar de manera pertinente los datos e información suministrada por los participantes en la realización del estudio, donde no se pretende revelar información sin el consentimiento de la persona o en circunstancias en donde no hacerlo pueda ocasionar algún daño, de esta manera el consentimiento informado será realizado previa a la aplicación.

7. Resultados

Caracterización de la muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 40 Adultos Mayores, se encuentran en el municipio de Caucasia y los 20 restantes pertenecientes a Tarazá, donde el 65% son pertenecientes al género masculino y el 35% al género femenino, distribuidos de la siguiente manera, ver figura 1.

Figura 1 Distribución de la muestra por género.



En relación con las edades de los adultos mayores, se encuentran en edades entre 60 a 96 años, 20 de ellos los datos se comportaron de la siguiente manera en los dos grupos, ver figura 2 y 3.

Figura 2 Número de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en relación con la edad en el municipio de Caucasia.

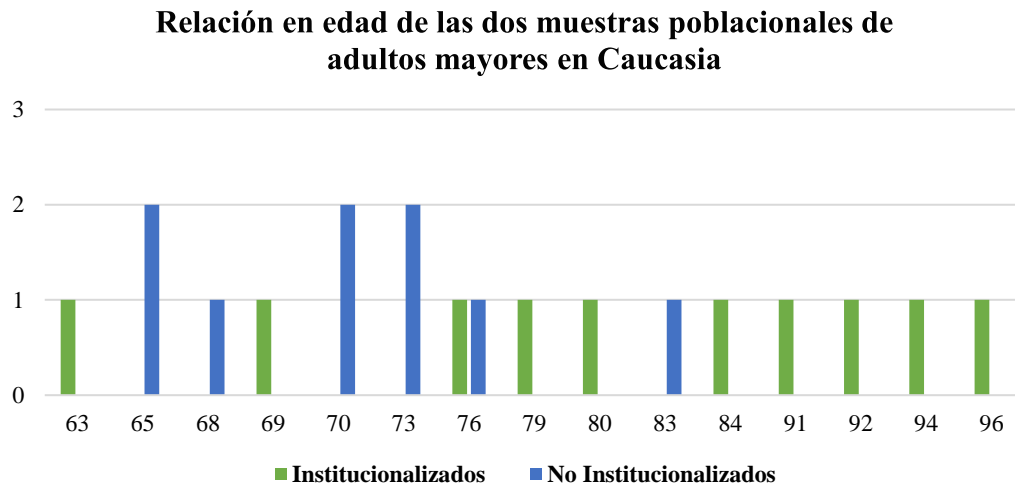
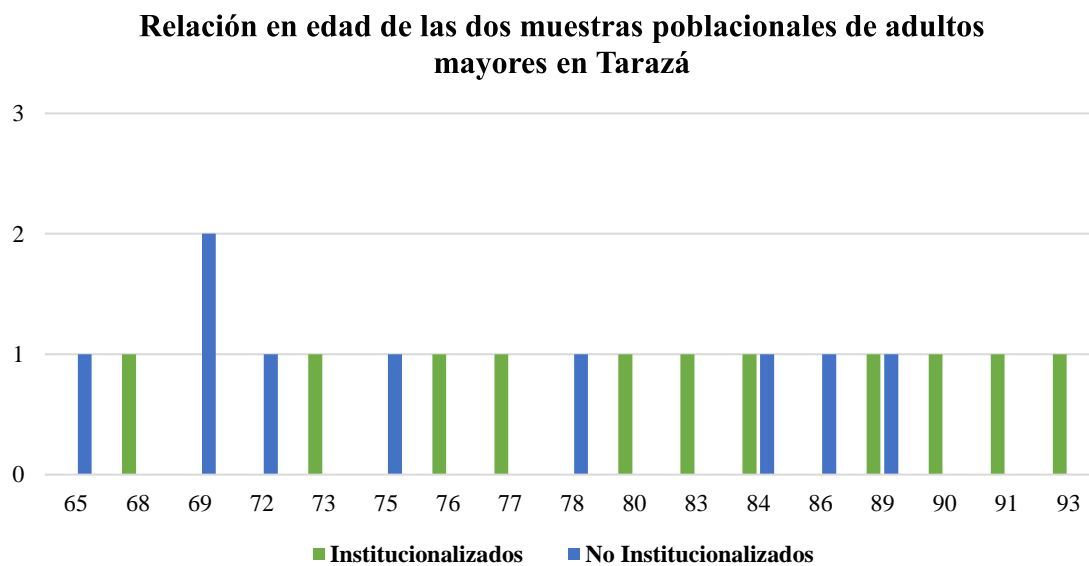


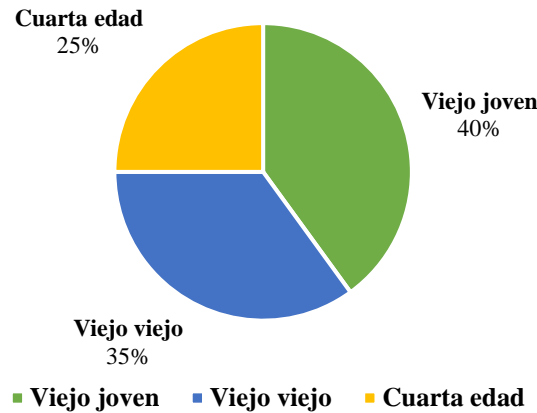
Figura 3 Número de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en relación con la edad en el municipio de Tarazá.



Tanto institucionalizados y no institucionalizados de ambos municipios se ubican en la categoría *Viejo joven* con el 40% de la muestra, mientras que el 35% se encuentran en la categoría *Viejo viejo* y el 25% son pertenecientes a la *Cuarta edad*, ver figura 4.

Figura 4 Clasificación de las etapas de los adultos mayores en relación con la edad en los municipios de Tarazá y Caucasia, Antioquia.

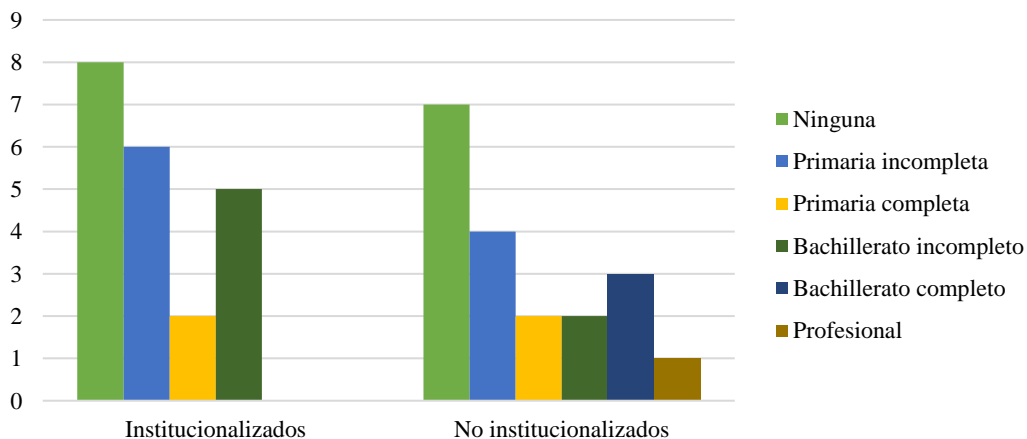
Etapas de los adultos mayores de Caucasia y Tarazá



Del grado de escolaridad se identifica que 37% ninguna escolaridad entre las dos poblaciones. Un 5% con formación profesional y un 16% que completó el bachillerato en adultos no institucionalizados, a diferencia de los adultos mayores institucionalizados tienen un nivel de escolaridad más bajo ya que solo el 9% finalizó la primaria y ninguno ellos completaron el bachillerato ni posee formación universitaria, ver figura 5.

Figura 5 Distribución de la muestra en nivel de escolaridad.

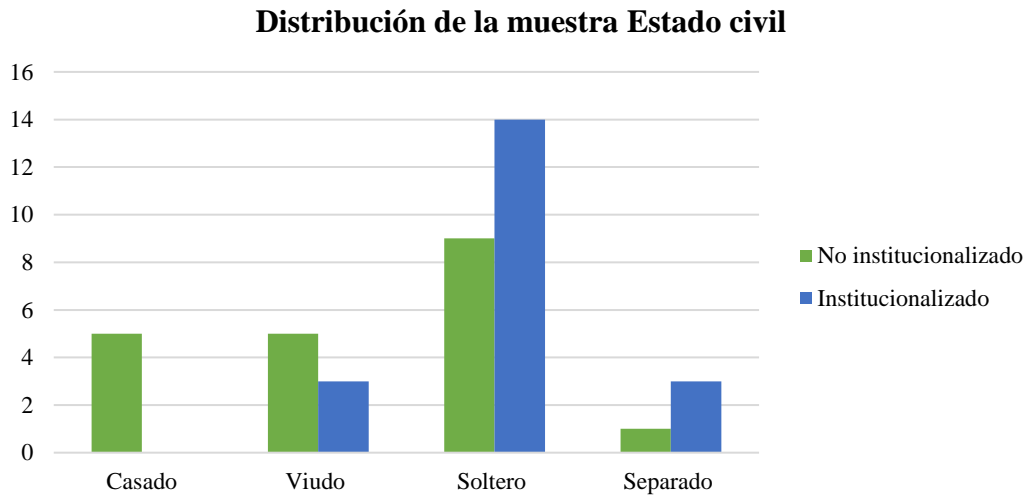
Distribución de la muestra en nivel de escolaridad



En cuanto a la variable sociodemográfica del estado civil, se evidenció que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados son solteros 70%, al igual que, entre los no institucionalizados predominan igualmente los solteros 45% y en el caso de los institucionalizados

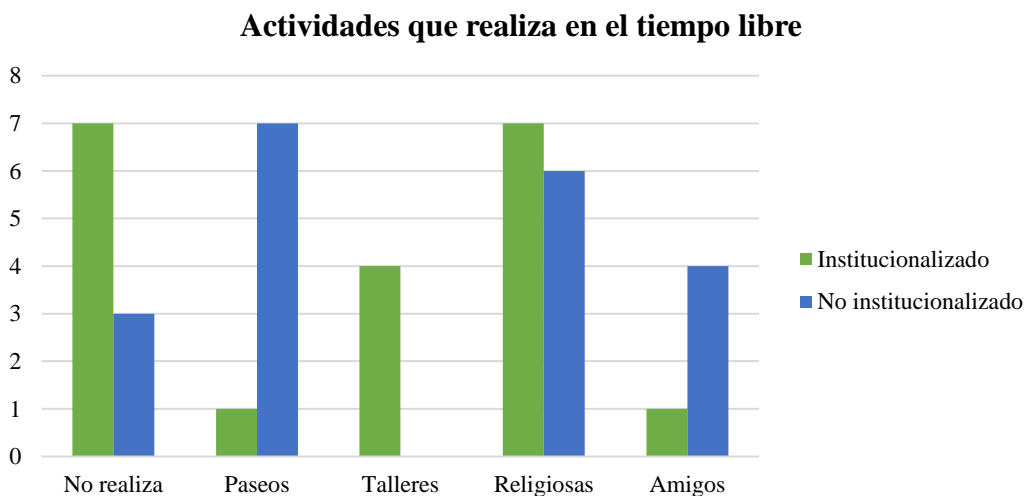
no hay personas casadas, a diferencia del otro grupo donde hallamos un 25% de personas casadas, ver figura 6.

Figura 6 Distribución de la muestra Estado civil.



En relación con las actividades que realizan en su tiempo libre, se observó que la realizan actividades religiosas, es decir, un 32% de la población total. Por otro lado, los adultos mayores no institucionalizados disfrutaron de mayor libertad para involucrarse en una variedad de actividades en diferentes lugares, se encontró que dentro de esta población hay más diversificación de las actividades, con un 35% en paseos, un 30% en actividades religiosas y en últimas, un 20% de encuentros con amigos, ver figura 7.

Figura 7 Actividades que realiza en el tiempo libre.



Descripción y comparación de la Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en los municipios de Caucasia y Tarazá

Para la obtención de estos resultados se utilizó una prueba t para dos muestras independientes, debido a que la variable dependiente se distribuye de manera normal y hay homogeneidad en la varianza. La hipótesis nula de la prueba plantea que las medias poblacionales de los dos grupos no relacionados son iguales, en los resultados $t(38) = 5,75$, el p valor de la prueba $<0,001$, indica que las medias de los grupos poblaciones no son iguales, por lo tanto, la hipótesis nula se rechaza. La d de Cohen (1,82) sugiere que se trata de un efecto importante en la diferencia de las medias para la muestra., ver tabla 1.

Figura 8 Promedio de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Calidad de vida en Insti/No insti.

Contraste T para Muestras Independientes

	t	gl	p	Diferencia de Medias	Diferencia del Error Típico	D de Cohen	ET D de Cohen
PD WHOQOL	5.754	38	<.001	17.200	2.989	1.820	0.428

Nota. Contraste t de Student.

Verificaciones de Supuestos

Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk)

	W	p
PD WHOQOL 0	0.930	0.157
1	0.963	0.612

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Contraste de Igualdad de Varianzas (de Levene)

	F	df ₁	df ₂	p
PD WHOQOL	0.683	1	38	0.414

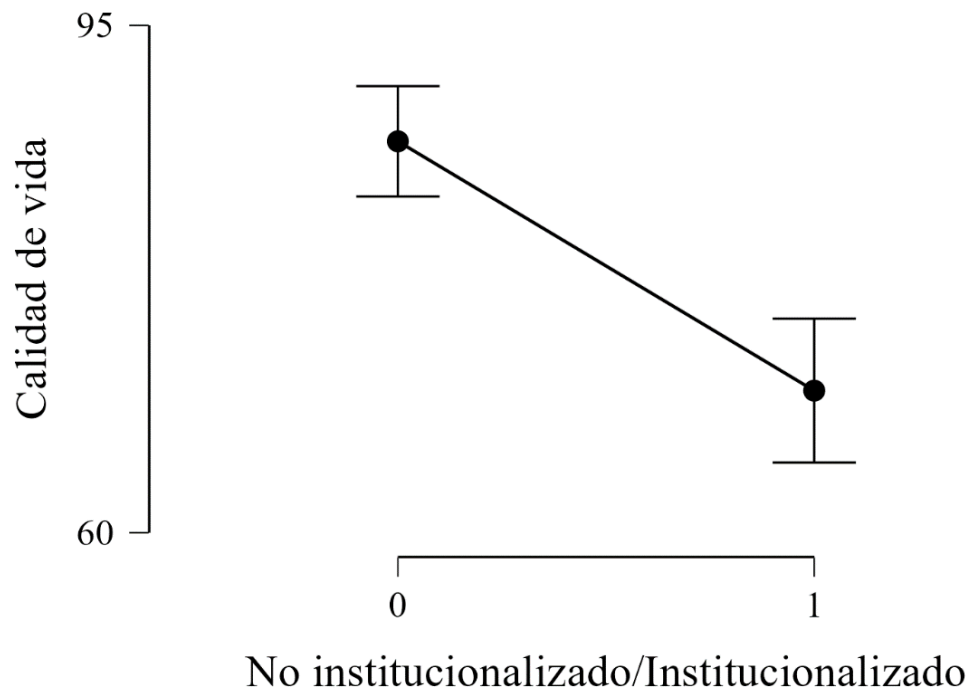
Descriptivos

Descriptivos de Grupo

	Grupo	N	Media	DT	ET	Coefficiente de variación
PD WHOQOL	0	20	87.000	8.137	1.819	0.094
	1	20	69.800	10.606	2.372	0.152

Se encontró que la media de los adultos mayores no institucionalizados puntúa 87.00 con una desviación estándar de 8.13, mientras que la de los institucionalizados se ubica en el puntaje 69.80, con una desviación estándar de 10.6, se evidencia una diferencia de medias de 17.2, ver figura 8.

Figura 9 Relación calidad de vida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.



De la misma forma, se utilizó la prueba t para muestras independientes, con la finalidad de observar la diferencia entre la misma población pero en relación con los dos municipios, de esta manera se logra evidenciar que hay normalidad entre la variable dependiente “Calidad de vida”, el test de Levene muestra que el contraste es significativo, es decir incumple el supuesto de igualdad de varianzas, por lo tanto se emplea la prueba t con correlación de Welch $t(33,76) = 1,64$, el p valor de la prueba >0.109 , por lo que no se rechaza la hipótesis nula de igualdad en las medias de los grupos independientes.

Figura 10 Promedio de calidad de vida en adultos mayores de los municipios de Caucasia y Tarazá.

Contraste T para Muestras Independientes ▼

Contraste T para Muestras Independientes

	Contraste	Estadístico	gl	p	D de Cohen	ET D de Cohen
PD WHOQOL	Student	1.645	38.000	0.108	0.520	0.327
	Welch	1.645	33.760	0.109	0.520	0.327

Verificaciones de Supuestos ▼

Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) ▼

		W	p
PD WHOQOL	1	0.929	0.146
	2	0.915	0.078

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Contraste de Igualdad de Varianzas (de Levene)

	F	df ₁	df ₂	p
PD WHOQOL	5.724	1	38	0.022

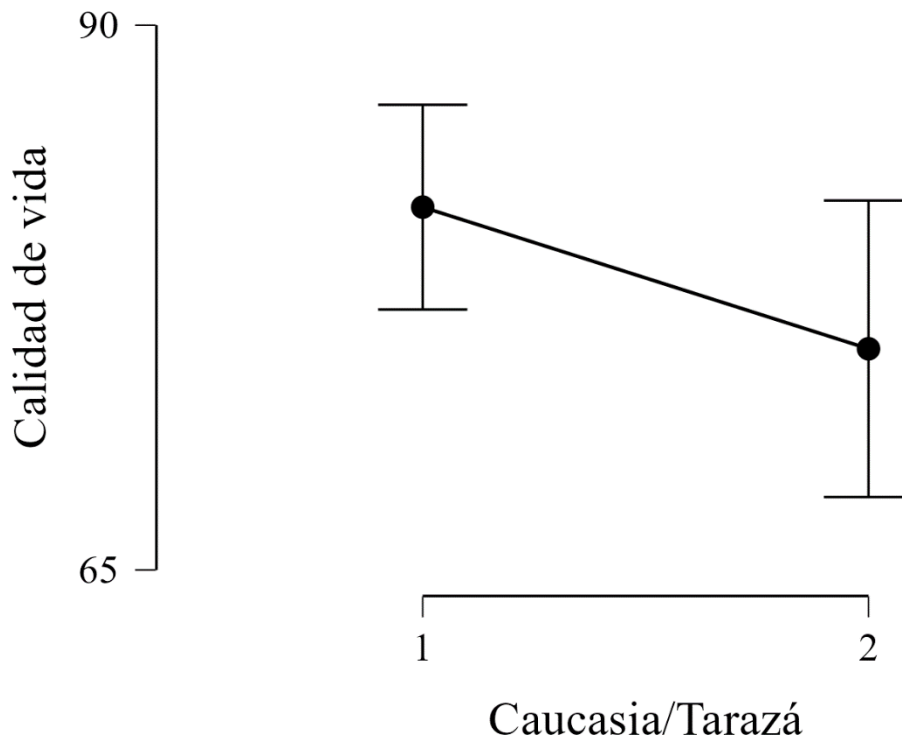
Descriptivos

Descriptivos de Grupo

	Grupo	N	Media	DT	ET	Coefficiente de variación
PD WHOQOL	1	20	81.650	10.038	2.245	0.123
	2	20	75.150	14.540	3.251	0.193

Se encontró que la media de los AM de Caucasia se ubicó en 81.65 con una desviación estándar de 10.03 y la población de Tarazá oscila en el puntaje 75.15 existiendo una desviación estándar de 14.54, ver figura 9.

Figura 11 Relación calidad de vida entre adultos mayores de los municipios de Caucasia y Tarazá.



Descripción y comparación de las dimensiones de Ryff en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de los municipios Caucasia y Tarazá

Para obtener estos resultados, se empleó la dominancia afectos positivos/negativos de la escala de Carol Ryff para cada una de las seis dimensiones con la finalidad de interpretar cada dimensión en términos de alto, medio y bajo.

Para el factor de autoaceptación, se destacan los adultos mayores institucionalizados con el 40% que corresponde a un nivel alto y un 39% para los no institucionalizados, lo cual está relacionado con la satisfacción que experimentan en diversas situaciones y vivencias a lo largo de su vida. Por su parte, en el nivel medio no hay mucha disparidad en el 30% para los institucionalizados y 31% para los que no lo están, de la misma forma, en el nivel bajo con un 30% para ambos, ver figura 10 y 11.

Figura 12 Dimensión autoaceptación adultos mayores institucionalizados.

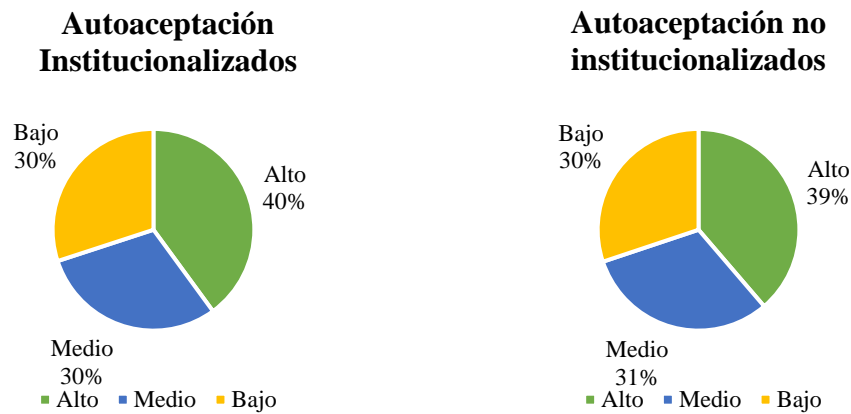


Figura 13 Dimensión autoaceptación adultos mayores no institucionalizados.

Partiendo de la dimensión de las relaciones positivas es posible observar que la muestra de adultos mayores no institucionalizados obtuvo un valor en el nivel alto de 44% y a su vez obtuvo un 27% en el nivel bajo, abarcando pocas personas a las cuales se les dificulta establecer vínculos con otros. En comparación, en los adultos institucionalizados se observa un porcentaje menos elevado de 39% en el nivel alto, también se aprecia un puntaje similar tanto en el nivel medio y en el nivel bajo, 31% y 30% respectivamente para esta población, ver figura 12 y 13.

Figura 14 Dimensión relaciones positivas adultos mayores institucionalizados.

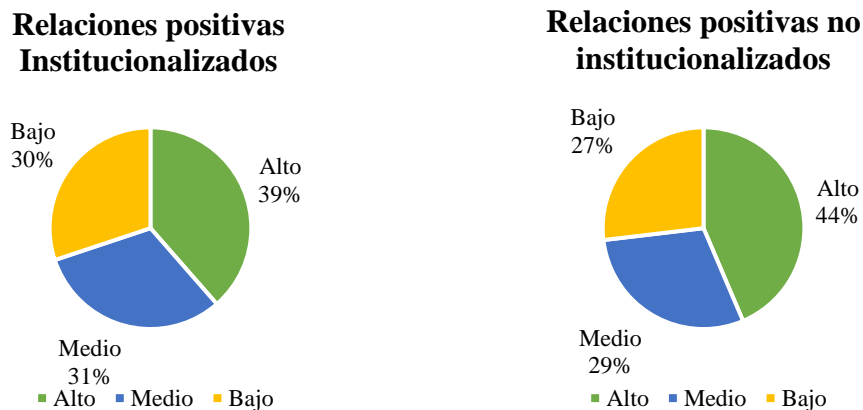


Figura 15 Dimensión relaciones positivas adultos mayores institucionalizados.

En la misma línea, el análisis de la gráfica de la autonomía permite evidenciar que en la muestra de los no institucionalizados arrojó un 61% en un nivel medio, observando diferencias

con su contraparte de la población institucionalizada en un 58%, de la misma forma ocurre en un nivel bajo representado por un 39% en los no institucionalizados y 42% en los institucionalizados. Si bien en los no institucionalizados los datos son más elevados, en ambas muestras no hay personas que hayan obtenido un puntaje alto, revelando el poco sentido de control sobre sus vidas para la población en general, ver figura 14 y 15.

Figura 16 Dimensión autonomía adultos mayores institucionalizados.

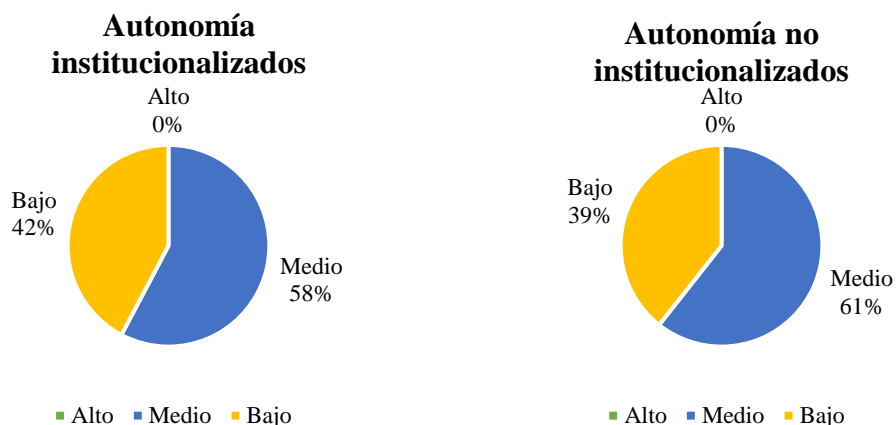


Figura 17 Dimensión autonomía adultos mayores no institucionalizados.

En el dominio del entorno se contemplan los adultos mayores no institucionalizados con un valor de 38% para el nivel alto y una distribución de manera proporcional en el nivel medio y bajo, con un 31% para ambos, sin embargo, en el caso de los institucionalizados es posible observar que el 39% de ellos tienen un mayor control de las situaciones, mientras que el 30% se ubica en un rango bajo de la dimensión, ver figura 16 y 17.

Figura 18 Dimensión dominio del entorno adultos mayores institucionalizados.

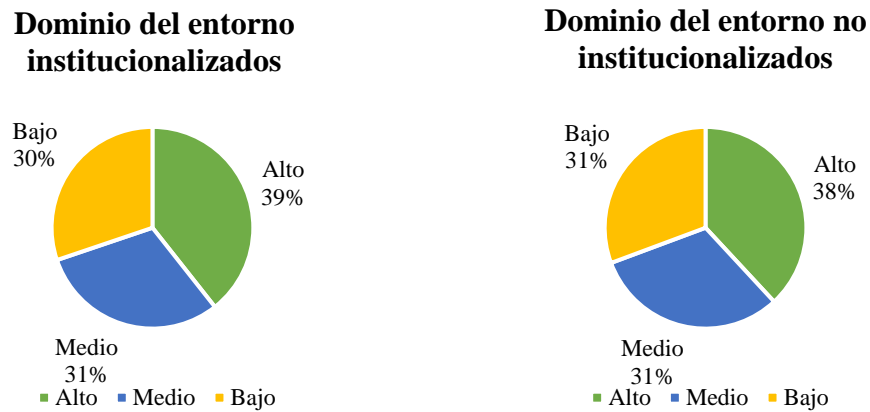


Figura 19 Dimensión dominio del entorno adultos mayores no institucionalizados.

En el factor de crecimiento personal es posible evidenciar que para los institucionalizados en el nivel alto se encuentran en un 56% y en el medio con un 44%, pero no hubo personas que tuvieran un puntaje bajo para esta dimensión, mientras que en los no institucionalizados hay un 42% en el nivel alto, un 34% en el nivel medio y se observó un 24% en el nivel bajo, ver figura 18 y 19.

Figura 20 Dimensión crecimiento personal adultos mayores institucionalizados.

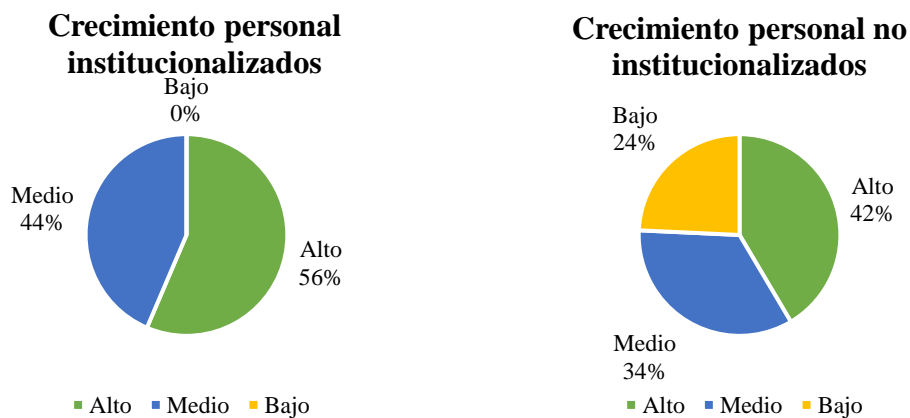


Figura 21 Dimensión crecimiento personal adultos mayores no institucionalizados.

Ahora bien, en el propósito de vida se destacan los adultos mayores institucionalizados con un valor de 41% en el nivel alto y los no institucionalizados en un 37%, simultáneamente, estos últimos puntuaron un nivel medio de 32% y un nivel bajo de 31%, de forma similar, en los

institucionalizados también se hallan datos con pocas diferencias entre los niveles medio y bajo de 29% y 30% correspondientemente, ver figura 26 y 27.

Figura 22 Dimensión propósito en la vida adultos mayores institucionalizados.

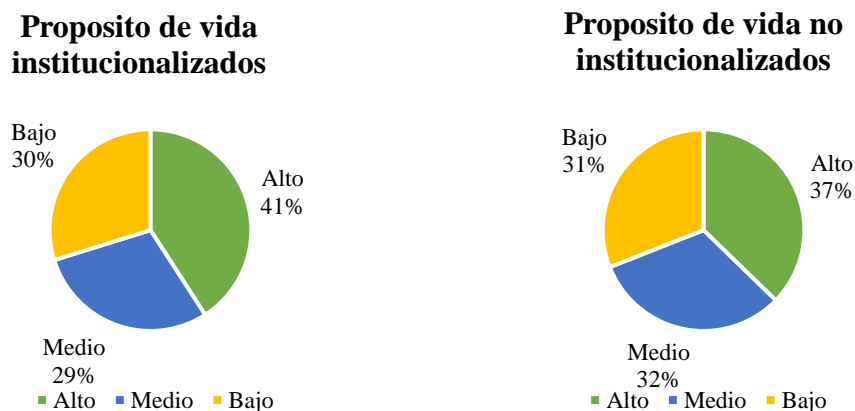


Figura 23 Dimensión propósito en la vida adultos mayores no institucionalizados.

En últimas, los datos sugieren que, en promedio, el bienestar psicológico general es más elevado entre los adultos mayores que viven en el municipio de Caucasia, con una puntuación de 149,55 y aquellos que se encuentran en Tarazá, tienen un puntaje de 142,25, empero, ambas puntuaciones superan el umbral de 141 puntos, lo cual indica que ambos grupos gozan de un alto nivel de bienestar psicológico, ver figura 22. Asimismo, a la hora de hablar del lugar de residencia, es de notar que ambos se hayan dentro del rango de bienestar psicológico alto, pero es de notar que quienes no viven en un asilo u hogar de paso tienen un promedio de 147,42 más elevado que los que viven dentro de una institución con un promedio de 144,55, ver figura 23.

Figura 24 Promedio de puntuaciones obtenidas en bienestar psicológico de adultos mayores por municipio.

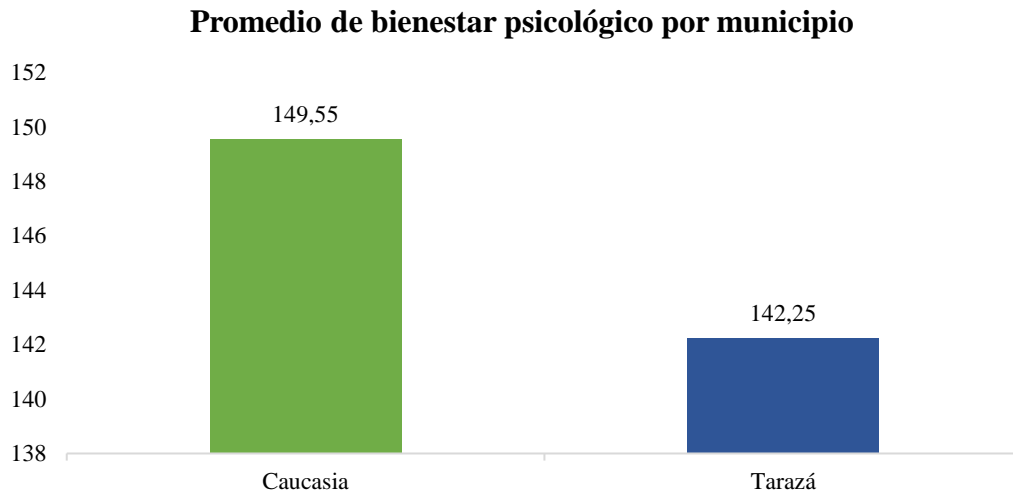
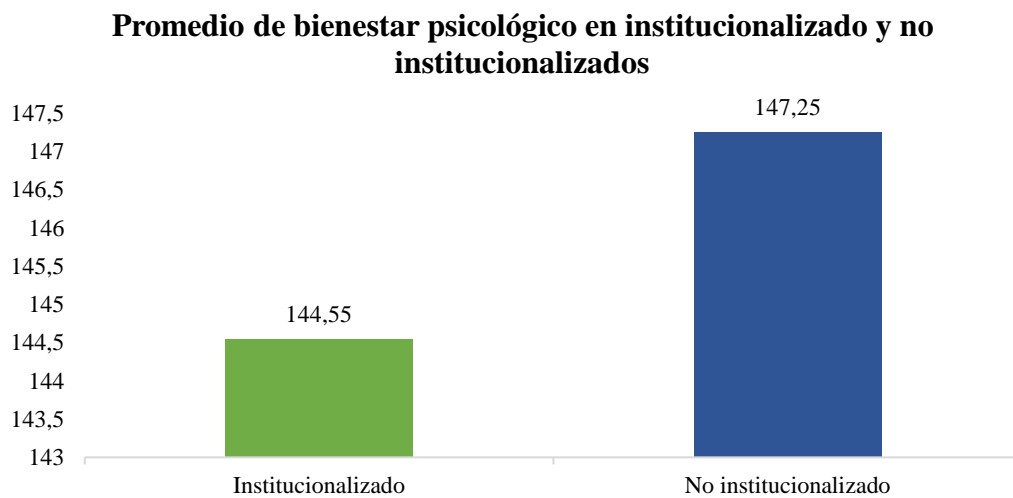


Figura 25 Promedio de puntuaciones obtenidas en bienestar psicológico de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.



8. Discusión

Desde un análisis estadístico se determinó que la población partícipe tiene un promedio de nivel alto de bienestar psicológico, que supera la puntuación de 141 sin importar si se encuentran o no institucionalizados o su procedencia.

En el caso de los municipios, se estableció una diferencia dentro de las puntuaciones donde el promedio de los adultos mayores que se encuentran en Caucasia es de 149, superior por 7 puntos a aquellos que residen en Tarazá con un valor de 142, de esta manera, estos últimos solo se alejan de tener un nivel moderado por un punto (figura 22), evidenciando entre ambos municipios en Caucasia el bienestar psicológico es mayor. De esta manera, se logra diferenciar que aquellos que se encuentran en instituciones tuvieron un valor de 144 y los que no viven en asilos un promedio de 147, denotando un mayor bienestar psicológico que quienes viven en estos hogares geriátricos (figura 23).

Por lo tanto, es esencial resaltar la definición propuesta por Sandoval et al. (2017) sobre el bienestar psicológico, donde se plantea que la experiencia individual es un proceso que abarca todas las etapas del ciclo vital y las habilidades para gestionar de manera adaptativa los aspectos fundamentales implicados en las situaciones y relaciones vividas. A continuación, se procederá a describir en detalle este constructo, analizando las dimensiones según los datos obtenidos durante la aplicación de los cuestionarios.

Con relación a la dimensión de autonomía, se logró evidenciar que ni en los adultos mayores institucionalizados ni en los no institucionalizados hubo puntajes altos en este factor, esto puede relacionarse con las barreras físicas, cognitivas y sociales que acarrea el envejecimiento. Es necesario recalcar que, en aquellos que no viven en asilos el puntaje medio fue de 61% (figura 15) y los que si viven en estos espacios de 58% (figura 14), lo que evidencia una considerable fragilidad en estos últimos, posiblemente vinculada a la actitud adoptada en las experiencias cotidianas planeadas del ámbito social que se dan en los hogares de reposo, así como al sentimiento de pérdida de individualidad y autodeterminación.

Sostener una propia singularidad en un contexto social se convierte en un reto que debe ser forjado a partir de las propias convicciones, del mantenimiento de la independencia y sobre todo una autoridad personal (Meléndez et al. 2009), esta dimensión nos permite entender que a los adultos mayores en general debido a sus vivencias diarias en el ámbito social ya sea en un asilo o no, se le dificulta consolidar una autonomía dominante, más difícilmente para quienes

se hayan en una institución donde hay unas pautas, reglas y procedimientos que deben hacerse de manera colectiva.

En cuanto a la dimensión de autoaceptación, en las personas institucionalizadas alcanzó un 40% y un 39% en las que no lo están, valores que se destacan por encima de los niveles medios y bajos (ver figura 10 y 11), evidenciando que la población en general revela una autoaceptación significativa, indicando una satisfacción con la vida desarrollada, además de demostrar que los individuos son conscientes de cómo han superado diversas etapas, limitaciones, logros y procesos a lo largo de su ciclo vital.

Según Keyes et al. (2002, citado por en Meléndez et al. 2009) afirma que la autoaceptación es una de las dimensiones más relacionadas con el bienestar subjetivo, entendido este como todo aquello que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que las personas alcanzan cuando evalúan su existencia, de la misma manera, Cuadra et al. (2003), se refiere por lo tanto a una dimensión que se relaciona con lo interno y reflexivo del ser humano.

Con respecto a la dimensión de crecimiento personal cabe resaltar como en los institucionalizados no se encuentran niveles bajos para este constructo, por el contrario, tuvieron niveles altos de más del 50%, mientras que los no institucionalizados se destaca un déficit respecto a la percepción de autorrealización, se evidenció un porcentaje de 42% en el nivel alto, mientras que el 34% se encuentra en nivel medio y un 24% en nivel bajo (figura 18 y 19).

Es importante destacar que, según Ryff y Singer (2008), el crecimiento personal es un proceso continuo que se acompaña a lo largo de la vida, estrechamente relacionado con la autorrealización, si bien los adultos mayores que hicieron parte del proceso no tienen altos niveles de escolaridad, hallándose en partes casi iguales de personas que nunca tuvieron estudios o los dejaron incompletos (ver figura 5), esta dimensión permite entender como algunos entornos pueden promover el aprendizaje constante y fomentar el sentido de realización personal, aspecto relevante dentro de las instituciones puesto que ofrecen diversos espacios de ocio y aprendizaje que en algunos casos no se da en quienes viven fuera de ellos.

Del mismo modo, la dimensión de propósito de vida permite entender como el individuo de la tercera edad puede asumir desde las circunstancias actuales en las que se encuentra, actividades laborales o del hogar, manteniéndose de esta manera, motivado y con objetivos

diarios, Meléndez et al. (2009) plantea la importancia de mantenerse activo durante la vejez y sus efectos positivos en el bienestar psicológico.

Estar activo está relacionado con tener un propósito en la vida, encontrar significado personal, enfrentar desafíos y alcanzar metas significativas, en ambas muestras el porcentaje de adultos mayores que se ubican dentro de la categoría viejo joven es de un 40% (ver figura 4), porcentaje representativo para la muestra en general y que permite relacionar los valores hallados en la dimensión con la vitalidad y vigorosidad que caracteriza a esta proporción de la población.

En el caso de los adultos institucionalizados, su rutina se encuentra preestablecida por parte del personal encargado de los centros geriátricos, desde actividades religiosas, talleres, relacionamiento con amigos y paseos (ver figura 7) a diferencia de los no institucionalizados. Dentro de los datos observados se logró evidenciar que los que se encuentran en asilos al tener gran variedad de actividades obtuvieron un puntaje de 41% en el nivel alto a diferencia de los no institucionalizados con un 37% (ver figura 20 y 21), sin embargo, ambos porcentajes se hallan por encima de los niveles medios y bajos.

Ahora bien, en cuanto a la dimensión de dominio del entorno, se refiere a la capacidad de crear o elegir contextos, controlar, competir y aprovechar oportunidades (Molina et al., 2008), este aspecto se presenta de manera equitativa en los tres niveles de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados (figura 16 y 17), puesto que los resultados hallados no permiten plantear una diferencia entre los grupos, no obstante, es importante destacar que los adultos mayores institucionalizados, a pesar de sus condiciones, también crean entornos favorables y aprovechan los recursos disponibles en su medio.

Como lo plantea Molina, las teorías del ciclo vital del ser humano señalan la relevancia de lograr controlar y manipular entornos complejos, queda en evidencia que en la tercera edad con la madurez de la vida esto permita que la persona celebre de salud mental positiva, a través de las actividades tanto físicas como mentales que les brinda el medio.

Paralelamente en la dimensión de relaciones positivas, Izquierdo (2007) plantea que en la edad adulta y vejez, este tipo de relaciones son más selectivas, es por ello que, las personas mayores no sólo se apartan de las relaciones superficiales, sino también de las conflictivas, es indiscutible notar que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, sin embargo,

dentro de esta dimensión ambas muestras gozan de porcentajes en un nivel alto, para los institucionalizados de 39% y para los no institucionalizados un valor 44% (ver figura 12 y 13).

A partir de lo anterior, se logra deducir que las relaciones sociales cumplen un papel fundamental en los sujetos tanto dentro como fuera de una institución, que, al mismo tiempo, a lo largo del ciclo vital las prioridades se van desplazando de un entorno social amplio a una concentración en la vejez más selectiva y emocionalmente muy positiva de las relaciones sociales (Izquierdo, 2007).

En este contexto, es fundamental destacar que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados son solteros, mientras que aquellos que residen en sus hogares particulares están casados o han enviudado, denotando que los no institucionalizados han mantenido relaciones interpersonales activas a lo largo de su vida, como se muestra en la figura 6.

Llegado a este punto, la relación calidad de vida y bienestar psicológico permite entender que aquellos individuos que se encuentran en sus residencias particulares gozan de mayor calidad de vida y de bienestar psicológico que aquellos que se encuentran en instituciones geriátricas. Los resultados hallados a partir de una prueba t Student para muestras independientes permitió observar que hay diferencias entre las medias de los institucionalizados (69.8) y los no institucionalizados (87), ver tabla 1.

De manera que, la percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y calidad de vida son influidos por su salud mental y capacidad, por lo que la concepción que ellos tienen de salud es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, propósito de vida, relaciones positivas, crecimiento personal, entre otras., y ha probado tener relación con el estar o no en una institución de reposo geriátrica (ver figura 8 y 23).

Según Ors et al. “socialmente calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física-psíquica y de una relación social satisfactoria” (1997, p.61). Finalmente, la calidad de vida en la vejez se considera como unos de los bienes más preciados e importantes de la vida de las personas, tanto al momento de disminuir como de aumentar, y esto se refleja en ambas poblaciones objeto de este estudio con la adaptación al medio, la autoestima, la felicidad, el bienestar, entre otros.

9. Conclusiones

El concepto de bienestar, entendido como una apreciación subjetiva de “estar bien”, puede ser objeto de estudio y análisis empíricamente, esta subjetividad permitió evaluar cómo los adultos mayores perciben su propia calidad de vida y su bienestar psicológico, proporcionando datos valiosos para la investigación.

Tras analizar y describir los resultados obtenidos en cada dimensión de la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, se concluye que los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados cuentan con un alto nivel de bienestar psicológico, destacando la importancia de los factores individuales en el mantenimiento del bienestar, más allá de las diferencias contextuales de si pertenecen o no a una institución, sin embargo, al comparar los municipios, Caucasia muestra un bienestar psicológico superior a Tarazá, esto sugiere que los factores municipales específicos influyen en el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Con relación a la condición de institucionalización de los sujetos, se identificaron diferencias significativas entre ellos, ya que los no institucionalizados presentan un promedio de bienestar psicológico más alto en comparación con los institucionalizados. Es por ello por lo que, este hallazgo resalta la influencia de la autonomía y la capacidad de decisión en la percepción de bienestar, lo anterior afecta a dimensiones que tienen que ver con el dominio del entorno y relaciones sociales a lo largo del ciclo vital.

Para ello, resulta fundamental fomentar lugares de recreación que faciliten el desarrollo de habilidades sociales y permitan compartir momentos significativos con familiares, pares y amigos cercanos, fortaleciendo de este modo vínculos positivos y mejorando las relaciones interpersonales en el contexto.

Analizando las dimensiones específicas del bienestar psicológico, se destaca que tanto los adultos mayores institucionalizados como los no institucionalizados tienen puntajes bajos en autonomía, lo cual puede atribuirse a las barreras asociadas al envejecimiento. La autoaceptación, por otro lado, se mantiene en niveles altos para ambos grupos, indicando una satisfacción general con la vida y una conciencia de los logros y limitaciones personales.

El crecimiento personal también presenta diferencias notables entre los grupos, puesto que los adultos institucionalizados tienen niveles más altos en esta dimensión, lo que podría estar relacionado con las oportunidades de aprendizaje y ocio que se ofrecen en las instituciones, en contraste, los no institucionalizados muestran un déficit en la percepción de autoaceptación,

haciendo que esta diferencia subraye la importancia de un entorno que fomente el aprendizaje continuo y el sentido de realización personal, tal como lo plantean Ryff y Singer (2008).

Finalmente, la calidad de vida destaca la importancia de mantenerse activo durante la vejez, lo cual está relacionado con el bienestar psicológico. Los adultos mayores institucionalizados participan en una variedad de actividades organizadas, lo que contribuye a mantener un sentido de propósito, sin embargo, aquellos que no están institucionalizados también muestran altos niveles en esta dimensión, lo que indica que la motivación y los objetivos diarios son fundamentales para el bienestar en la vejez, independientemente del entorno.

De esta manera, se puede concluir que los factores previamente mencionados influyen de manera significativa en el bienestar psicológico de los adultos mayores, que a su vez se manifiesta en diversos aspectos de su calidad de vida, ya que el primero está estrechamente vinculado con la percepción que los individuos tienen sobre su satisfacción vital, su capacidad para enfrentar y adaptarse a los desafíos cotidianos. Así pues, cualquier factor que afecte el bienestar psicológico tendrá un impacto directo y considerable en la calidad de vida general de estas personas, abarcando tanto su salud mental como física, así como sus relaciones sociales y su sentido de propósito en la vida.

10. Referencias

Agudelo Viana, L. G., & Aignerren Aburto, J. M. (2008). *Diseños de investigación experimental y no-experimental*.

Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825.

Ardila, R., (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.

Arriagada, J., y Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.

Cardona-Arias, J. A., Álvarez-Mendieta, M. I., y Pastrana-Restrepo, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(2), 139-155.

Castillo, D., Chacón, M. y Moncada, L. (2021). *Bienestar psicológico en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga* [Tesis de pregrado]. Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Centros de Vida: "Centros Vida" [en línea]. Secretaría Distrital de Integración Social. Disponible en: <https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/programas-y-proyectos/centros-de-vida>

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Por la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-de-2013-salud-mental.pdf>

Cuadra, H., & Florenzano, R., (2003) El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), 83-96

DANE. (19 de Noviembre de 2021). Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>

Díaz, G. A. (2017). Asociación entre sarcopenia y funcionalidad en adultos mayores de hogares geriátricos. *Revista Salud Bosque*, 6(2), 7-14.

Díaz, M. y Zurita, C. (2017). *Adulto mayor, depresión y apoyo social* [Tesis de pregrado]. Universidad de Antioquia.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>

Duran-Badillo, T., Domínguez-Chávez, C. J., Hernández-Cortés, P. L., Félix-Alemán, A., Cruz-Quevedo, J. E., y Alonso-Castillo, M. M. (2018). Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta universitaria*, 28(3), 40-46.

Fernández-Alba, R., & Manrique-Abril, F. G. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería global*, (19).

Fernández, S. S., Avilés, A. G. P., & Castillo, Y. D. C. M. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-172.

Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). ¿Qué (y por qué) es la psicología positiva? *Revisión de Psicología General*, 9(2), 103-110.

González-Gaviria, M. A., y Bedoya, D. (2019). Vinculación emocional y salud mental en adultos mayores institucionalizados. *Revista de Psicología: Universidad de Antioquía*, 11(2), 99-121.

Guerrero, N., & Yépez-Ch, M. C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y salud*, 17(1), 121-131.

Herazo-Beltrán, Y., Quintero-Cruz, M. V., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., Núñez-Bravo, N., y Suarez-Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. *Ciudad de México: Mc Graw Hill*, 12, 20.

Intrago, M., Mera, R. y Bergmann, R. (2022). Depresión y dependencia funcional en los adultos mayores del centro geriátrico "Futuro Social". *Revista dominio de las ciencias*, 8(3), 2032-2056.

Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). Adultos Mayores y Salud Mental. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/older-adults-and-mental-health>

Izquierdo, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16(2), 601 – 619.

Ley 1090. (2006). *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*, 2006, 06, septiembre.

Ley 1251 de 2008: "Por la cual se dictan disposiciones para la promoción y protección de los derechos de las personas de la tercera edad" [en línea]. Colombia. 2008. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1251_2008.html

Martínez, J. W., Acosta, H. A., Dussan, J. C., Álvarez Bolívar, J. A., Bedoya, W. F., Carvajal Ramírez, J. A., & López Giraldo, F. (2011). Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 700-708.

Mazadiego-Infante, T. D., Calderón-Reyes, J., Solares-Mejía, C., Zárate-Moreno, M., Torres-Vargas, L., y Coto-Sampayo, Á. D. (2011). Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 175-182.

Meléndez JC, Tomás JM, & Navarro E. (2009) Envejecimiento y bienestar: Avances en investigación. *Persona*, 12, 83-103. Disponible en: <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/envejejbienestar.pdf>

Ministerio de Salud (4 de octubre de 1993). *Resolución número 8430 de 1993* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Molina, C., Meléndez J., y Navarro, P. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*. 24(2), 312-319.

Mora-Quezada, J. D. L. N., Osses-Paredes, C. F., & Rivas-Arenas, S. M. (2017). Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1), 18-30.

Mousalli-Kayat, G. (2015). *Métodos y diseños de investigación cuantitativa*. *Revista researchgate*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/303895876_Metodos_y_Disenos_de_Investigacion_Cuantitativa

Mundaca, L. F., y Gutiérrez, M. A. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130.

Noriega, C y Ortiz, A. (2021). Relación entre autoestima y niveles de depresión en los adultos mayores Licán –Ecuador. *Revista polo del conocimiento*, 6(3), 419-432

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF). Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española Geriátrica Gerontológica*, 37, 74-105.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencias y práctica. Resumen de orientación. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental_2004.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2014). Constitución y Estatutos de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

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

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

Organización Mundial de la Salud. (9 de septiembre de 2021). Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030). Obtenido de <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-203>

Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Orosco, C. (2015) Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Revista de la Facultad de Psicología*, 18, 91-104.

Ors-Montenegro, A., & Laguna-Pérez, A. (1997). Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. *Cultura De Los Cuidados*, (2), 60–63. <https://doi.org/10.14198/cuid.1997.2.10>

Programa Colombia Mayor: "Colombia Mayor" [en línea]. Gobierno de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Colombia-Mayor.aspx>

Ramos, P. (2005). Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado. La residencia como espacio de convivencia y de salud.

Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ramos-prevencion-01.pdf>

Robledo, C. A., Orejuela, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Rev. Guillermo de Ockham*, 18(1), 95-102.

Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Edad, salud y sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88.

Rodríguez, M. C. M., & Cabrera, I. P. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería universitaria*, 4(1), 35-38.

Rosales-Rodríguez, R. D. L. C., García-Díaz, R. D. L. C., y Quiñones-Macias, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*, 18(1), 61-67.

Ronzar, F., Castro, G., Merino, A., Torres, C., Díaz, G., Pérez, C. y Parodi, J. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Revista Horizonte médico*, 17(3), 50-57.

Rueda, M. C. A., y Ferreira, M. R. (2011). El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. *Ciencia UANL*, 14(3), 297-305.

Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.

Sáenz, J. y Arciniegas, S. (2019). *Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados* [Tesis de pregrado]. Universidad Cooperativa de Colombia.

Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Universidad de Belgrano.

Sandoval, S., Dorner, A., & Véliz, A. (2017) Bienestar Psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*, 6(24), 260 - 266.

Salvarezza, L. (1993.). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Paidós.

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *RH Sampieri, Metodología de la Investigación*, 22.

Sena, C. M., Moral, J. C. M., & Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 312-319.

Seligman, M. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.

Valderrama, F. P., Coronado, F. B., Aichele, C. V., & Bravo, E. C. (2016). Nivel de actividad física y funcionalidad en adultos mayores. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 17(1), 59-65.

Vargas-Ricardo, S. R., y Melguizo-Herrera, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de salud pública*, 19(4), 549-554.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.

Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Revista Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-769.

11. Anexos

11.1. Anexo Consentimiento informado

Título del proyecto: Bienestar psicológico y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de los municipios de Caucasia y Tarazá Antioquia

Estudio comparativo

Identificación de las investigadoras

Nombres: Laura Melissa Ospina Zapata - Karol Dayana Herrera Domínguez

Correos: melissa.ospina@udea.edu.co - karol.herrera@udea.edu.co

Introducción

A usted señor(a) _____ se le ofrece la posibilidad de participar en la investigación “Bienestar psicológico y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de los municipios de Caucasia y Tarazá Antioquia. Estudio comparativo”.

Usted debe saber que:

- La participación a esta investigación es totalmente voluntaria, es decir que usted no está obligado a participar, si en algún momento desea negarse o retirarse de la investigación tiene total libertad de hacerlo sin necesidad de dar explicaciones.
- Se hará un uso responsable de la información suministrada, esta investigación se realizará únicamente con fines académicos y de producción de conocimiento.
- No se recibirá ningún beneficio económico por la participación en la investigación.

Información de la investigación.

Esta investigación se llevará a cabo por parte de las estudiantes de psicología, Karol Dayana Herrera Domínguez y Laura Melissa Ospina Zapata, como trabajo de grado para optar por el título de psicólogas. El objetivo de esta investigación es conocer las diferencias y similitudes con respecto al bienestar psicológico de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Procedimiento: esta investigación se realizará por medio de la aplicación de la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, la cual se compone de afirmaciones en las que usted deberá indicar que tan acuerdo y desacuerdo está con respecto a estas. El tiempo estimado para esta aplicación es de 40 min por persona.

Cuando finalice la investigación, se tendrá un espacio para socializar los resultados de esta y así ofrecer una retroalimentación de estos.

Beneficios: conocimiento individual sobre el estado de su salud mental y bienestar psicológico, además, la realización de esta investigación servirá como base a investigaciones futuras.

Responsabilidades que asumen los investigadores frente a los riesgos que pueda generar la participación en la investigación: esta investigación no implica ningún tipo de riesgo, sin embargo, debido al carácter íntimo de los temas tratados, estos pueden generar malestar emocional en los participantes, en caso de que esto suceda, las investigadoras psicólogas en formación cuentan con todas las herramientas y elementos para generar espacios de discusión sobre estos asuntos de manera particular.

Esta investigación contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de salud, la cual establece las normas para la investigación en el área de la salud, y la Ley 1090 del 2006—Código Deontológico y Bioético en Psicología— que reglamenta el ejercicio de la profesión y establece los parámetros éticos que se deben cumplir.

Reserva de la información y secreto profesional: la información que arroje la escala psicológica de Carol Ryff será de carácter confidencial, solo será utilizada para fines académicos, no se usarán los nombres reales de los participantes, el acceso a la información solo la tendrán los miembros de la investigación, de este modo, se garantizará en los participantes el derecho a la intimidad.

Diferencias y similitudes en el bienestar psicológico entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la comunidad de Caucasia.

Consentimiento informado

Después de leer la información respecto a la investigación “Diferencias y similitudes en el bienestar psicológico entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la comunidad de Caucasia” y de haber resuelto mis dudas e inquietudes, manifiesto que yo, _____, decido formar parte de la investigación como participante. Autorizo al investigador a usar la información recogida sobre la temática abordada en los encuentros.

Firmo este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO en presencia del investigador _____, y doy fe de mi libre decisión de participar de esta investigación y manifiesto que no ha habido ningún tipo de presión o coacción

para participar en la investigación; además, dicha decisión la tomó en pleno uso de mis facultades mentales.

Firma del participante:

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía N° _____ de: _____

Testigo

Firma del investigador:

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía N° _____ de: _____

Firmado en _____ el día ____ del mes _____ del año _____.