

Parte II

**Avances en estudios aplicados
a la salud**



Capítulo 5

Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener Redes.

Eugenio Saavedra Guajardo (a)
Cristian Varas A. (b)

- a) Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Investigación, Universidad Academia de Humanismo Cristiano (Chile). Ph. D. en Educación, Universidad de Valladolid (España). Dirección de Investigación y Perfeccionamiento, Universidad Católica del Maule.
- a) Licenciado en Educación Mención Deportiva, Magíster en Educación Mención en Currículum y Administración, Magíster en Educación Física Mención en Actividad Física y salud, Universidad Católica del Maule (Chile). Coordinador Departamento de Deportes y Recreación, Universidad Católica del Maule (Curicó, Chile).

Sinopsis del capítulo

En una muestra de 82 adultos mayores del sector sur poniente de la ciudad de Curicó, Chile, se describen los niveles de calidad de vida, a la vez de elaborar un perfil de resiliencia de un conjunto de adultos mayores. Las personas encuestadas pertenecían al nivel socioeconómico bajo, de ambos sexos, con un promedio de

Conceptos clave: resiliencia, adulto mayor, calidad de vida, redes sociales, talleres.

Correspondencia:
Avenida San Miguel 3605, Talca, Chile
E-mail: esaavedr@ucm.cl

Cómo citar este capítulo: Saavedra, E. & Varas, C. (2013). Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener redes. En: J. H. Ávila-Toscano. Individuo, comunidad y salud mental. Avances en estudios sociales y aplicados a la salud. (pp. 105-123). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

edad de 71 años. Se administraron dos instrumentos para obtener la información: la Escala de Resiliencia para Adultos SV-RES (Saavedra & Villalta, 2008) que consta de 60 ítems divididos en 12 dimensiones y la Escala de Calidad de Vida (Varas, 2010) con 30 ítems.

Los resultados arrojan un nivel de resiliencia cercano al promedio en este grupo, en tanto al desagregar entre aquellos que asisten a talleres o grupos y aquellos que no asisten, se presentan fuertes diferencias tanto en la variable resiliencia, como también en la variable calidad de vida. Se presenta una correlación positiva entre la resiliencia y la calidad de vida, demostrando la asociación que existe entre ambos aspectos. Se levanta un perfil general de resiliencia y se comparan los resultados por sexo.

Se realiza un análisis en torno a la importancia de pertenecer a grupos o tener una red en esta etapa de la vida y cómo aquello tiene un impacto positivo en la vida de estos adultos mayores. Lo anterior resulta de gran importancia al momento de diseñar programas de promoción e intervención y establecer fundamentos para la elaboración de políticas en torno a esta realidad.

Introducción

La prolongación de la vida siempre ha sido uno de los grandes desafíos para la humanidad. En la mayoría de los países del mundo las expectativas de vida han aumentado considerablemente, como consecuencia, se ha incrementado la población de adultos mayores a nivel global y en especial en los países desarrollados. Este fenómeno ha provocado un importante cambio social, ahora el gran desafío ya no es sólo seguir aumentando las expectativas de vida, sino también mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Envejecer es un proceso natural y normal. Se inicia desde que somos fecundados hasta la muerte. Este proceso difiere entre las personas e incluso varía entre los diferentes órganos biológicos de un sujeto.

El envejecimiento se enmarca dentro del proceso de la vida humana, un estadio más del ciclo de vida, que se expresa a través de la disminución de las capacidades. Moragas (1998), nos propone tres tipos de vejez:

- *Vejez cronológica*. Relativa al cumplimiento de una edad determinada, a partir de los 60 para las mujeres y 65 para los hombres. Esta edad coincide con el retiro de las actividades laborales formales.
- *Vejez funcional*. Equivalente al vocablo “viejo”, es decir, incapaz o limitado que conlleva al cese de las funciones que anteriormente se realizaban. No obstante, éstas corresponden a limitantes culturales más que a una real deficiencia en los adultos mayores.
- *Vejez como etapa vital*. Propone el rescate de esta etapa como positiva, distinta y única, donde el sujeto si bien presenta limitaciones, también posee características y potencialidades distintivas que contrarrestarían las desventajas.

El progreso de la calidad de vida de un país, determina el aumento de la edad promedio de su población. Chile no ha sido la excepción frente a esta situación. Durante las últimas décadas, el porcentaje de adultos mayores ha crecido significativamente en nuestra población. Este fenómeno, va acompañado de una disminución en la natalidad y en la mortalidad infantil. A su vez, la evolución positiva de estos indicadores, refleja la confluencia de una serie de factores de tipo económicos, sociales y culturales, entre los que destacan un mayor poder adquisitivo, mayor movilidad social y geográfica, y un incremento de los índices educacionales de la población en general.

Chile, al igual que los países desarrollados, está viviendo una etapa de transición al envejecimiento demográfico de su población. En la década comprendida entre 1960-1970, se produce una modificación en la estructura de la población, disminuyendo el aporte porcentual de los menores de 15 años y presentándose el aumento de los adultos mayores (Instituto Nacional de Estadísticas —INE—, 1999). Este fenómeno también se observa en los resultados del Censo 2012, en donde la tasa de natalidad es de 1.45 en promedio por mujer y el crecimiento de la población de adultos mayores, sigue en un sostenido incremento.

En relación a los adultos mayores, esta etapa corresponde a aquellas personas que poseen de 60 años de vida en adelante, sin distinción de sexo. La población de adultos mayores representa el 13% según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2006. De ese porcentaje, 56% de los adultos mayores corresponde a la población de mujeres y el 44% restante corresponde a la población de hombres.

Calidad de Vida

La calidad de vida en los adultos mayores ha sido estudiada desde diferentes ángulos y desde diferentes disciplinas. Para el común de las personas, la calidad de vida se ha comprendido como una capacidad adquisitiva, que permita satisfacer las necesidades básicas, disfrutar de una buena salud física y mental, y poseer relaciones sociales satisfactorias.

Entre los investigadores no hay un consenso acabado entorno al concepto de calidad de vida. El concepto involucra muchas variables subjetivas de satisfacción, percepción, felicidad, autoestima, entre otras.

Según Gatica (2000), la calidad de vida se entiende como un estado de bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la Organización Mundial de la Salud (1995), la calidad de vida es la percepción que un sujeto construye de su entorno, tanto social como cultural, material y de condiciones de vida, en donde intervienen los valores y las expectativas de la persona.

En Chile, la comisión de actividad física del consejo “Vida Chile”, ha propuesto varias acepciones para comprender el concepto de calidad de vida.

- Capacidad de satisfacer las necesidades que permiten el bienestar integral tanto de la persona como del colectivo.
- Estado de satisfacción de una comunidad o grupo, en las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual, de su modelo de desarrollo.
- Concepto particularmente referido al individuo, grupo o comunidad, en los cuales existe un óptimo bienestar de las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual. Incluye integración familiar, participación comunitaria, apreciación estética y adopción de estilos de vida adecuados (alimentación sana, actividad física y calidad ambiental).

Para el presente estudio se entenderá calidad de vida como el concepto que tienen personas o grupos, respecto al bienestar logrado tanto en la dimensión física, como en las dimensiones emocional, social y espiritual, al interactuar con su medio (Comisión de Actividad Física del Consejo Vida Chile, 2004).

La calidad de vida es un concepto complejo que involucra entonces, diversas variables: físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales. Estas variables en el adulto mayor deben contextualizarse, es decir, se expresan en diversos ámbitos de la vida, como por ejemplo sentirse parte de un grupo familiar, de amistades y del proyecto de país. Debe poder satisfacer sus inquietudes y debe ver retribuido su esfuerzo laboral de tantos años. El adulto mayor es una persona que tiene mucho que aportar a la sociedad y debe sentirse pilar fundamental de esta construcción.

Existe una diversidad de factores que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores en su cotidianidad. La tranquilidad, la protección familiar, el cariño y el respeto, la libertad de expresarse, el poder comunicarse y tomar decisiones son factores que de una u otra manera inciden en su calidad de vida. A nivel familiar, el poder satisfacer necesidades de seguridad, de estabilidad y de pertenencia, también son factores que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores (Vera, 2007).

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada *calidad de vida* y esta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social. La salud, la vivienda, la alimentación y la educación son las peticiones fundamentales por las que trabaja el Servicio Nacional del Adulto Mayor, junto con las agrupaciones de adultos mayores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, ha propuesto un informe denominado *Envejecimiento Activo*, cuyo objetivo principal es proponer siete grandes desafíos a las políticas públicas de los países que están envejeciendo, y principalmente en aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo como es el caso de Chile.

El primer desafío, es la *doble carga de enfermedad*. Los países en vía de desarrollo en el ámbito de la salud, todavía están lidiando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones perinatales. Este tipo de complicaciones están siendo acompañadas por las enfermedades no transmisibles, que se generan como consecuencia

de la industrialización y los cambios en los modelos de vida. Aquí el desafío tiene como gran propósito modificar los modelos de vida que se están llevando, para disminuir y controlar el aumento de las enfermedades no transmisibles.

El segundo desafío, es el *mayor riesgo de discapacidad que poseen los adultos mayores*. Tanto en los países desarrollados como en vía de desarrollo las enfermedades crónicas son causas importantes de discapacidad. Estas resultan costosas y reducen la calidad de vida. La independencia de los adultos mayores se ve limitada y amenazada cuando las discapacidades físicas o mentales hacen que resulte difícil llevar a cabo las actividades propias del diario vivir. El desafío es tomar medidas profilácticas y aplicar políticas públicas que disminuyan este tipo de enfermedades y generar acciones adaptativas prácticas que propendan una mejor calidad de vida.

El tercer desafío es, *proporcionar asistencia a las personas longevas*. A medida que las poblaciones envejecen, uno de los mayores desafíos de la política sanitaria es encontrar el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud (personas que se cuidan a sí mismas), la ayuda informal (asistencia a los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios sociales y de salud). Los países en general invierten un alto porcentaje de sus recursos económicos para la salud institucional, sin embargo, es fundamental que la sociedad también genere instancias colaborativas en beneficio de mejorar la salud de la población. La población debe asistirse mutuamente y en especial entre aquellos grupos etéreos más vulnerables como son los infantes y los adultos mayores.

El cuarto desafío, es la *feminización del envejecimiento*. Las mujeres viven más tiempo que los hombres prácticamente en todas las partes del mundo. Eso se refleja en la proporción mayor de mujeres que de hombres en edad avanzada. Debido a la mayor esperanza de vida que poseen las mujeres, se ha incrementado la población de mujeres viudas y que viven solas, por consiguiente estas mujeres son mucho más vulnerables a la pobreza y al aislamiento social. Aquí el desafío es focalizar las políticas públicas hacia el desarrollo de acciones que tiendan a darle una mayor protección y desarrollo a la mujer.

El quinto desafío es la *ética y las desigualdades*. En la medida que las poblaciones envejecen, se perfilan una serie de consideraciones éticas vinculadas con la discriminación de la asignación de recursos por

critérios de edad, cuestiones relacionadas con el fin de la vida y una serie de dilemas asociados con los derechos humanos de las personas mayores en situación de pobreza y en situación de discapacidad. Las sociedades que valoran la justicia social deben esforzarse por asegurar que todas las políticas y prácticas mantengan y garanticen los derechos de todas las personas sin tener en cuenta la edad. El apoyo y la toma de decisiones éticas son estrategias fundamentales para cualquier programa, práctica, política e investigación sobre el envejecimiento.

El sexto desafío, es la *economía de una población que envejece*. Unos de los mayores temores de nuestra sociedad es que el rápido envejecimiento de la población produzca una explosión en la asistencia sanitaria y en los costos de la seguridad social. Aunque no hay ninguna duda de que las poblaciones al envejecer aumentarán las demandas en estos ámbitos, también existe la evidencia de que la innovación, la cooperación de todos los sectores, la planificación anticipada basada en las experiencias y las opciones políticas culturales apropiadas, permitirán a los países gestionar con éxito la economía de una población que envejece a pasos agigantados.

El séptimo desafío, es el *nacimiento de un nuevo paradigma*. El paradigma del adulto mayor como una persona enferma, dependiente y preocupada de vivir su jubilación en forma pasiva está desapareciendo. El nuevo paradigma contempla a un adulto mayor mucho más participativo y protagonista en la sociedad, considerado además como una persona que contribuye activamente al desarrollo, y que a la vez es beneficiario del mismo. Su participación no cabe duda que se forjará dentro de sus propias posibilidades y deseos. Lo medular es que la sociedad va a tener una visión mucho más positiva y participativa de esta etapa de la vida, se buscará una mayor dignificación de su rol y además se proyectará un futuro mucho más auspicioso para todas aquellas personas que son parte de esta etapa y de aquellas que lo serán.

Resiliencia

El término Resiliencia tiene su origen en el latín, básicamente en el término *resilio*, que significa *volver atrás, volver en un salto, resaltar, rebotar*. La acepción proviene directamente inspirada en el concepto de la física en donde los cuerpos tendían a volver a su estado original luego de haber sufrido deformaciones producto de la fuerza.

El concepto fue introducido en el campo de la psicología en la década comprendida entre 1970-1980, por el psiquiatra Michael Rutter, en donde la resiliencia se reducía a una suerte de flexibilidad social adaptativa.

Las ciencias sociales y especialmente la psicología han adaptado el vocablo para describir y caracterizar a aquellos sujetos que a pesar de nacer o vivir en situaciones de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

Los seres humanos reaccionan de manera diferente frente a estímulos similares. Lo propio ocurre frente a estímulos negativos o acontecimientos de adversidad o estrés, en donde las reacciones de las personas serán variadas e incluso opuestas (Saavedra & Villalta, 2008).

De acuerdo a lo expuesto se describen tres tipos de reacciones frente a estímulos dolorosos o adversos:

- Personas que frente al dolor o la adversidad reaccionan con conductas de vulnerabilidad frente al estímulo.
- Personas que permanecen indiferentes o existe una ausencia de reacción frente a la situación.
- Personas resilientes, resistentes al estímulo adverso y que logran alcanzar una adecuada calidad de vida a pesar de las condiciones negativas para su desarrollo.

Aquellas personas que son descritas en el último punto, poseen la capacidad de construir positivamente frente a la adversidad y su comportamiento se caracteriza por ser socialmente aceptable (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997, en Saavedra & Villalta, 2008).

En el desarrollo histórico del concepto resiliencia se distinguen dos tipos de generaciones: La primera generación de investigadores se centró en diferenciar a aquellos sujetos que se adaptan a pesar de los pronósticos de riesgo que cada uno posee. Es decir, todo su énfasis se focalizó en el producto, en el ser resiliente. La segunda generación se abocó a determinar cuál es la dinámica entre factores que permiten la adaptación positiva. Puso su énfasis en el proceso, en la promoción y en el contexto social. Es decir, las personas aprenden a ser resilientes (Saavedra & Villalta, 2008).

Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, (1997) hace un interesante compendio de definiciones acerca de la resiliencia:

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores.
- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles. El concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.
- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un ambiente insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio.
- Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales, el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños.

Según Melillo y Suárez (2000), las definiciones del concepto de resiliencia enfatizan características del sujeto resiliente: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a las situaciones vitales adversas, estresantes, etc., que les permita atravesarlas y superarlas.

Además, dan a conocer que la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. Es decir, las personas no nacen resilientes, ni mucho menos se adquiere naturalmente en el desarrollo. Depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con otras personas, responsable de la construcción del sistema psíquico humano (Melillo & Suarez, 2000).

En relación a la resiliencia de los adultos mayores, existe poca evidencia científica que entregue información rigurosa y fidedigna. No obstante, según Varas (2009), en un estudio realizado con adultos mayores, nos señala que este grupo etáreo, posee más altos niveles de resiliencia que la población en general.

El aporte que genera la resiliencia, es una mayor comprensión y conocimiento práctico de los factores que protegen al sujeto de los efectos nefastos de las malas condiciones del ambiente humano y social que lo rodean. Es aquí la importancia de las redes de apoyo, que deben tener las personas para hacer frente a las adversidades que les depara la vida.

Según Chadi (2000), las personas constantemente se insertan en diferentes contextos sociales. A la vez se insertan e interactúan en variados niveles de organización. Cada uno de estos niveles se conecta entre sí, a través de personas, grupos e instituciones, que como consecuencia genera vínculos significativos y redes de apoyo, para desarrollar la vida en sociedad.

García (1998), en relación al trabajo en red, plantea que la perspectiva de red faculta a mirar cualquier fenómeno de la realidad, poder articular, generar intervenciones superpuestas desde lo micro a lo macro y viceversa, superando las carencias individuales mediante la articulación de recursos, en especial, lo que posee cada actor social.

Una persona puede tener la fortaleza intrapsíquica suficiente y las habilidades sociales necesarias, pero si carece de oportunidades para educarse o trabajar, sus recursos se verán limitados. Por tanto, la generación de respuestas resilientes se verá condicionado a la interacción del sujeto con su ambiente.

En esta dirección la articulación entre distintos enfoques actuales de la resiliencia puede generar un camino de respuesta, que considere diferentes dimensiones internas de la persona, como lo hace el modelo de Grotberg (2003) y el modelo expresado por Saavedra (2004) que recoge el sentido histórico de la respuesta ante el obstáculo.

Como una manera de dar respuesta a este dinamismo, la escala SVRES (Saavedra & Villalta, 2008) considera modalidades de interacción del sujeto: a) consigo mismo, b) con los otros y c) con sus posibilidades, en relación con distintos actos de conciencia para aprender y transformar proactivamente sus juicios sobre 1) la capacidad de generar metas orientadoras de la acción, 2) la capacidad para resolver

situación problemática, 3) la definición de sí mismo, y 4) la definición de la historia que la constituye como tal.

Al articular estos modelos, permite distinguir 12 dimensiones:

Identidad: autodefinición básica, auto concepto relativamente estable en el tiempo, caracterización personal.

Autonomía: sentimiento de competencia frente a los problemas, buena imagen de sí mismo, independencia al actuar. Control interno.

Satisfacción: percepción de logro, autovaloración, adaptación efectiva a las condiciones ambientales, percepción de desarrollo.

Pragmatismo: sentido práctico para evaluar y enfrentar los problemas, orientación hacia la acción.

Vínculos: condiciones estructurales que sirven de base para la formación de la personalidad. Relaciones vinculares, apego. Sistema de creencias.

Redes: condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto. Sistemas de apoyo y referencia cercanos y disponibles.

Modelos: personas y situaciones que sirven de guía al sujeto para enfrentar sus problemas. Experiencias anteriores que sirven de referente frente a la resolución de problemas.

Metas: objetivos definidos, acciones encaminadas hacia un fin. Proyección a futuro.

Afectividad: autoreconocimiento de la vida emocional del sujeto, valoración de lo emocional, características personales en torno a la vida emocional. Tono emocional, humor, empatía.

Autoeficacia: capacidad de poner límites, controlar los impulsos, responsabilizarse por los actos, manejo de estrés, terminar lo propuesto.

Aprendizaje: aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar el propio actuar y corregir la acción.

Generatividad: capacidad de crear respuestas alternativas frente a los problemas, construir respuestas, planificar la acción.

Calidad de vida y resiliencia en adultos mayores: aplicaciones prácticas

En reconocimiento de la relevancia del fenómeno descrito, éste trabajo se enmarcó dentro de la ejecución de un estudio que tuvo como finalidad describir y comparar los niveles de calidad de vida y

resiliencia en una muestra de adultos mayores pertenecientes a la Fundación de la Familia, de la ciudad de Curicó, Chile, durante el primer semestre de 2012.

Para ello, se desarrolló un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo comparativo, con una muestra intencional y una medición de tipo transeccional, en el cual la muestra estuvo compuesta por 82 adultos mayores, hombres y mujeres, pertenecientes a la Fundación de la Familia, en la locación descrita en territorio chileno.

Para evaluar las variables de estudio se emplearon la Escala de Calidad de vida (Varas, 2010) y la Escala de Resiliencia SV-RES (Saavedra & Villalta, 2008). La recolección de la información estuvo a cargo de cuatro ayudantes de la Fundación de la Familia, entrenadas por los investigadores. Se realizó a través de entrevistas individuales en los talleres organizados por la Fundación o en los domicilios de los adultos mayores.

Para la descripción de los resultados se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y comparación de grupos, a través de la prueba t.

Se comparó un grupo de adultos mayores que asistían a grupos o talleres en la Fundación (“con red”), con adultos mayores que permanecían en sus domicilios o sólo asistían al comedor comunitario (“sin red”).

Dentro de los resultados más relevantes se observó que 60 de los participantes evaluados fueron mujeres y 22 hombres. Lo anterior refuerza los resultados de estudios anteriores en que señalan la mayor sobrevivencia de las mujeres, por sobre los varones. Se observó además que los hombres que asisten a talleres, fueron el grupo menos numeroso; del total de adultos mayores encuestados, 50 pertenecen a talleres y 32 no cuentan con esa red y permanecen preferentemente en su domicilio (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y acceso o no a red.

Género	Con Red	Sin Red	Total
Mujeres	46	14	60
Hombres	4	18	22
Total	50	32	82

Frente a la resiliencia, las mujeres presentan un promedio de 254 puntos, en tanto los hombres alcanzan un puntaje de 230 (Figura 1). Al comparar los grupos se constata que existe diferencia estadísticamente significativa ($\alpha = .05$).

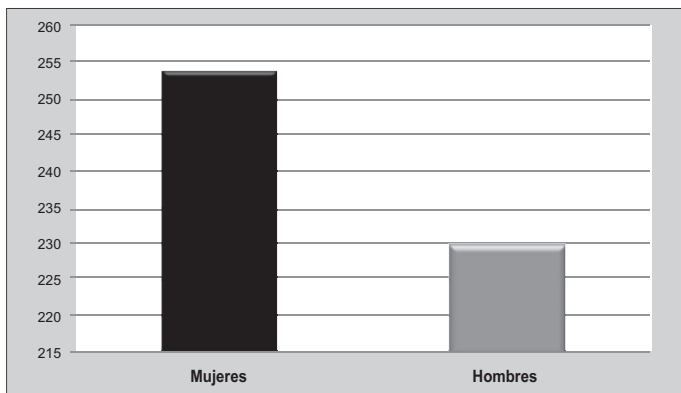


Figura 1. Niveles de resiliencia por sexo.

El promedio de resiliencia del grupo total alcanza a los 248 puntos, en tanto el grupo con red llega a 259 y el grupo sin red a 231 puntos (Figura 2). Al comparar a estos dos grupos, se constata que existe diferencia estadísticamente significativa en sus niveles de resiliencia, a favor del grupo con red ($\alpha = .05$).

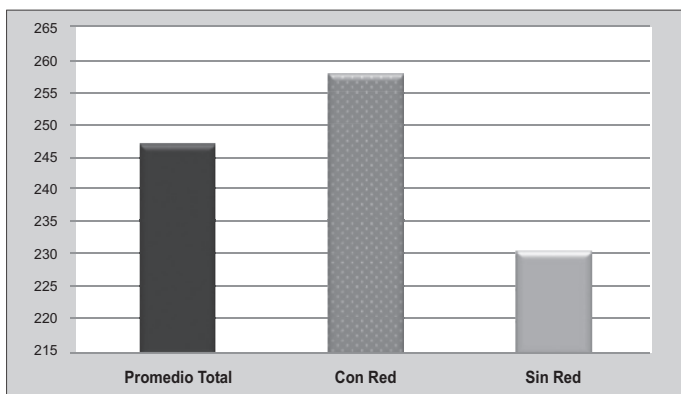


Figura 2. Niveles de resiliencia de grupos con y sin red.

Por su parte, en la Figura 3 se puede observar que las dimensiones *satisfacción*, *aprendizaje* y *pragmatismo* son las áreas más desarrolladas, en tanto las menos desarrolladas son *metas*, *afectividad* y *generatividad*.

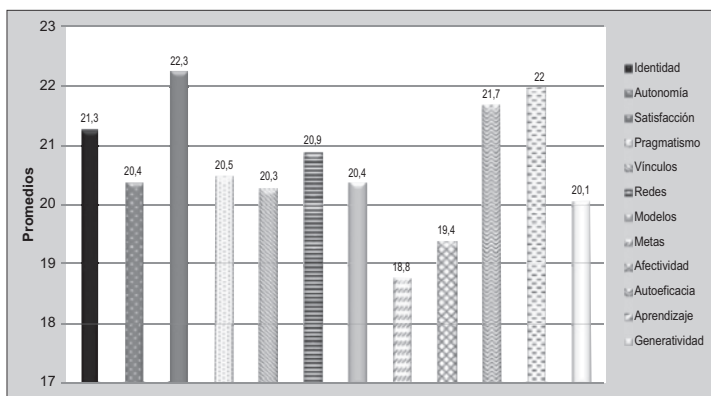


Figura 3. Niveles de resiliencia en la muestra total por dimensiones.

Las Figuras 4 y 5 describen los valores obtenidos por los factores de resiliencia entre los adultos mayores con y sin red.

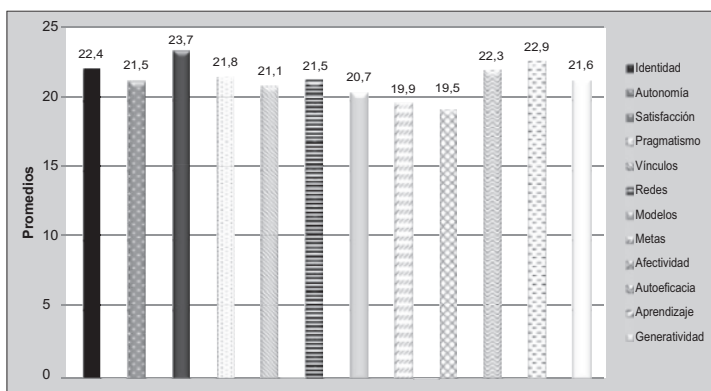


Figura 4. Niveles de resiliencia por dimensiones, grupo con red.

Podemos observar que las áreas más desarrolladas en el grupo con red son *satisfacción*, *aprendizaje* e *identidad*, en tanto las más bajas son *afectividad*, *metas* y *modelos*.

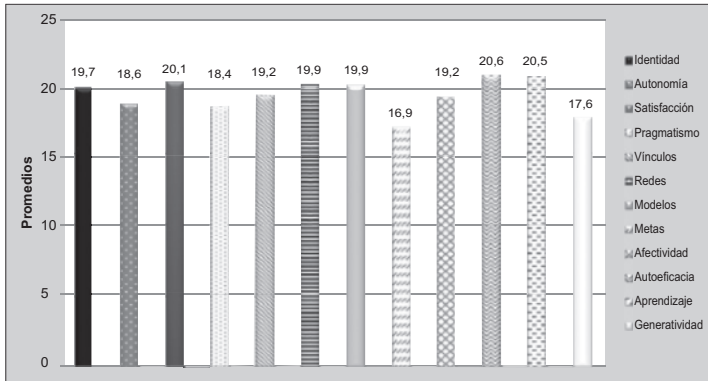


Figura 5. Niveles de resiliencia por dimensión, grupo sin red.

Observamos además, como las áreas más desarrolladas en el grupo de adultos mayores sin red son, *autoeficacia*, *aprendizaje* y *satisfacción*, sin embargo todos los puntajes son claramente más bajos que en el caso del grupo con red. Por su parte las dimensiones más bajas son, *metas*, *generatividad* y *pragmatismo*.

Entre tanto, respecto a la calidad de vida, podemos observar que las mujeres reportan un mayor nivel de dicha variable (127 puntos) que los hombres (117 puntos) (Figura 6). Esta diferencia es estadísticamente significativa (alfa = .05).

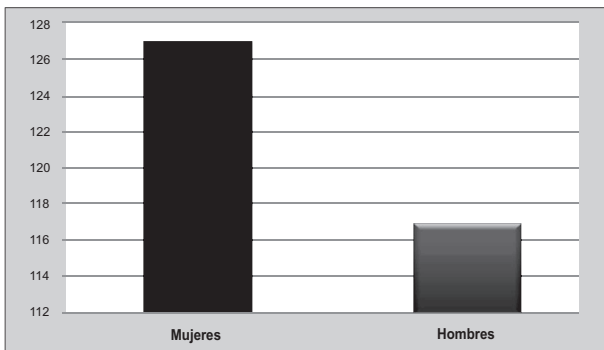


Figura 6. Niveles de calidad de vida en el grupo total, por sexo.

Los adultos mayores que asisten a talleres reportan un mayor nivel de calidad de vida (131 puntos), que aquellos que permanecen preferentemente en sus domicilios sin pertenecer a un grupo (114 puntos). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\alpha = .05$).

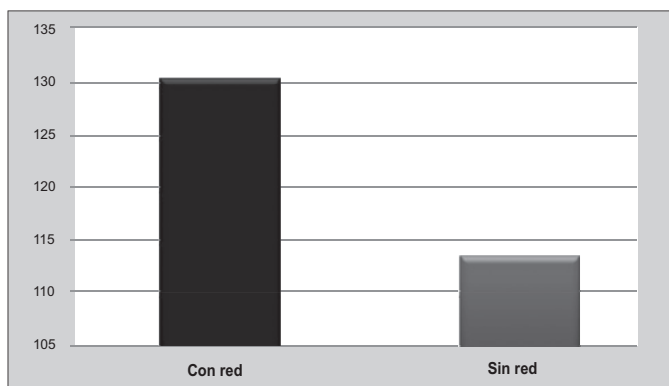


Figura 7. Niveles de calidad de vida por grupo con y sin red.

Reflexión final

Las mujeres del grupo de adultos mayores encuestados, presentan niveles de Resiliencia y Calidad de Vida, significativamente mayores que los hombres. Ellas también participan más activamente en talleres educativos y recreativos que sus pares masculinos. Lo anterior nos hace pensar que la mujer está más conectada con el mundo social y ello hace que se integre más al mundo externo generándose mayores contactos y eventualmente redes de ayuda.

Los adultos mayores que asisten a grupos o talleres, presentan un nivel de Resiliencia y Calidad de Vida significativamente mayor que aquellos que no están integrados a una red. Se observa una mejor autopercepción y valoración de sus vidas, a la vez de sentirse más apoyados por sus pares y por las instituciones y servicios sociales.

Existe una relación positiva alta entre la Resiliencia y la Calidad de vida de los Adultos Mayores. Esto significa que hay una buena auto-percepción de enfrentamiento a las dificultades, a la vez de percibir mejores condiciones de calidad de vida. Si potenciamos una de estas variables, es probable que la otra aumente.

Las dimensiones de la Resiliencia mejor desarrolladas por los Adultos Mayores son: *satisfacción, autoeficacia y aprendizaje*. Lo anterior concuerda con su autopercepción de calidad de vida.

Las dimensiones de la Resiliencia más bajas son: *metas, afectividad y generatividad*. En el caso de las *metas* y la *generatividad* puede influir la percepción acotada de futuro, condicionada por la edad de estas personas.

Los ítems de Calidad de Vida más altos, tienen en común el interés de “conocer a más personas del mismo grupo etéreo”, “ayudar a otros” y “mantenerse activos mentalmente”. Esto concuerda con una visión positiva de participación en actividades dirigidas hacia ellos, como también de ayuda social hacia otros.

Los ítems de Calidad de Vida más bajos, tienen en común poseer una bajo interés “por tener proyectos personales a futuro”, “se sienten solos” y “además sienten desconfianza en los demás”. Lo anterior se explica directamente por el momento vital por el que atraviesan, con una percepción finita del tiempo y los temores propios de enfrentar una vida en que sus familias se han alejado de sus hogares.

Algunas conclusiones finales

Hoy en día, la esperanza de vida en los hombres chilenos alcanza a los 85 años, en tanto en las mujeres llega a los 89 años. Esto debe hacer repensar la situación de los adultos mayores, ya que sus capacidades mentales y físicas se han extendido por más años, poniendo en cuestión el tiempo de jubilación, la productividad de ellos, su capacidad de auto-valencia y su integración real a la sociedad. Los programas de atención que inicialmente se pensaban con una proyección de diez años, hoy deben duplicarse en el tiempo y aprovechar los potenciales activos de esos adultos, que mantienen vigentes sus capacidades y competencias. La imagen de ese adulto mayor dependiente y significando una carga para los otros o para el sistema social, cada vez se aleja en el tiempo, mostrándonos a personas plenamente capaces y con motivación por integrarse completamente al mundo social.

Concluimos que “no da lo mismo” pertenecer o no a un grupo o una red, en esta etapa de vida. Claramente genera oportunidades de aprendizaje, convivencia con otros, ayuda mutua, desarrollo afectivo y una autopercepción positiva de sí mismo, que proporciona herramientas para enfrentar las dificultades en este tramo de la vida.

Referencias

- Comisión de Actividad Física del Consejo Vida Chile (2004). *Guía para una vida activa*. Segunda edición. Santiago de Chile.
- Chadi, M. (2000). *Redes Sociales en el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.
- García, S. (1998). *Medidas alternativas a la prevención de la libertad*. (Conferencia) Medellín, Colombia.
- Gatica, P. (2000). *La condición física en la población escolar de la región del Maule Chile*. Universidad de Barcelona, División Ciencias de la Educación, Departamento de Teoría e Historia de la Educación: Programa de Doctorado.
- Grotberg, E. (2003). *Nuevas tendencias en resiliencia. Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Argentina: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadísticas —INE— (1999). *Chile y los Adultos Mayores. Impacto en la Sociedad del 2000*. Santiago de Chile.
- Kotliarenco, M. Cáceres I. & Fontecilla M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*, Washington D.C.: Organización Panamericana para la Salud.
- Melillo, A. & Suárez, N. (2000). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*, Argentina: Edit. Paidós.
- Moragas; R. (1998). *Gerontología Social, envejecimiento y calidad de vida*. (2ª Edición). España: Editorial Herder.
- Organización Mundial de la Salud —OMS— (1995). *El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría*. Informe del comité de expertos de la OMS: Ginebra.
- Saavedra, E. & Villalta M. (2008). *Escala de Resiliencia SV RES para jóvenes y adultos*. Chile: CEANIM.
- Varas, C. (2009). *Escala de calidad de vida, CAL VID para jóvenes*. Documento de Trabajo, Departamento de Deportes. Chile: Universidad Católica del Maule.
- Varas, C. (2010). *Escala de calidad de vida en los adultos mayores, CALVIDAM*, Documento de Trabajo, Departamento de Deportes, Chile: Universidad Católica del Maule.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del *adulto mayor* para sí mismo y para su familia. *Chile: Anales de la Facultad de Medicina*, 68, (3), 284-290.

Otros textos revisados

- Devis, J. (2000). *Actividad, deporte y salud*, España: INDE.
- Domínguez, O. (1982). *La vejez una nueva edad social*. Chile: Edit. Andrés Bello.
- Donoso, S. y Cifuentes, C. (1997). *El deporte y la recreación y los cambios socioafectivos y físicos del adulto mayor*. Chile: Fundación de la Familia,

- Florentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 95-114.
- Grotberg, E. (2008). *Promoviendo la resiliencia en niños: reflexiones y estrategias. Resiliencia construyendo una adversidad*. Chile: CEANIM
- Jiménez, F. & Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida en enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 4 (2). Disponible en: http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/rasgos.pdf
- Morales, R., Rubilar, C. & Urzúa, A. (2008). *Participación y bienestar en el envejecimiento. Percepción de bienestar de seis adultos mayores sobre su participación en los talleres de las casas de encuentro de encuentro del instituto de normalización provisional VII región del Maule*. Tesis para optar al título de Trabajo Social. Universidad Católica del Maule, Chile.
- Motris, D. (1985). *La vejez y sus múltiples caras*. España: Editorial Aurora.
- Munist, M. et al. (1995). *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes (versión preliminar)*. Chile: CEANIM
- Pont, P. (1997). *Tercera Edad, Actividad Física y Salud*. España: Editorial Paidotribo.
- Osborn, A. F. (1993). *What is the value of the concept of resilience for policy and intervention?* Gran Bretaña: International Catholic Child Bureau.
- Rutter, M. & Rutter, M. (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the life Span*. Gran Bretaña: Penguin Books.
- Saavedra, E. (2004). *El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes: Estudio de Casos*. Tesis Doctoral, Universidad de Valladolid, España.
- Saavedra, E. & Varas, C. (2008). *Relación entre rendimiento escolar, calidad de vida y resiliencia, de los estudiantes de enseñanza media de la comuna de Curicó*. Tesis de Maestría. Talca: UCM.
- Suárez, E. (2004). *Resiliencia, tendencias y perspectivas*. Argentina: Edit. UNLA
- Vanistandael, S. (1994). *La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado*. Suiza: Bice.
- Werner, E. & Smith, S. (1992). *Overcoming the Odds: High-Risk Children from birth to adulthood*. USA: Cornell University Press.