

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**



**NIVELES DE INDEPENDENCIA, DEPENDENCIA Y ADAPTACIÓN
PSICOLÓGICA DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN
EL ASILO SAN JOSE DE LA CIUDAD DE PAMPLONA.**

ANDREA KATHERINE ANAYA CORONEL
Cód. 1098725086

ALBERT OBRIAN RAMÓN MANTILLA
Cód. 1094269533

**PAMPLONA
2018**

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**NIVELES DE INDEPENDENCIA, DEPENDENCIA Y ADAPTACIÓN
PSICOLÓGICA DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN
EL ASILO SAN JOSE DE LA CIUDAD DE PAMPLONA.**

ANDREA KATHERINE ANAYA CORONEL
Cód. 1098725086

ALBERT OBRIAN RAMÓN MANTILLA
Cód. 1094269533

PSI-MGS. CLAUDIA PATRICIA POSADA BENEDETTI
DIRECTORA

PAMPLONA
2018

Agradecimientos

Agradezco a Dios por ser tan bueno conmigo, por darme la fortaleza de seguir adelante con mis proyectos y versen reflejados en este trabajo y en cada proyecto realizado.

Mil gracias a la Ps – Esp. Claudia Posada Benedetti por ser guía en este proceso de aprendizaje y construcción de esta meta, mi respeto y admiración como persona y profesional.

A mi padre, gracias por siempre brindarme ese apoyo y esfuerzo en el caminar de mis días, por enseñarme que para lograr lo que deseo y anhelo se necesita sacrificio, esmero y entrega, pero en especial que el mejor regalo que se le puede brindar a un hijo es la educación.

A mi madre por ser ese pilar fundamental en mi vida, una mujer digna de admirar por su esfuerzo y ser tan valiente al cargar con todo el peso de lo que significa un Hogar.

Andrea Katherine Anaya Coronel

Dedicatoria

A ti mamá por guiar mi vida, por ser ese ejemplo a seguir, por ser tan fuerte para demostrarme que el amor verdadero e incondicional si existe y es el de una madre, pero también que no habrá mayor ternura, afecto y entrega que el de una abuela; gracias por tomar mi lugar en la difícil tarea de ser mamá, amiga y compañera para mi hija mientras estuve lejos luchando por nuestros sueños, por mis sueños.

A ti padre mío, me has enseñado que cuando se ama de verdad, no importan las circunstancias que sucedan, siempre has estado ahí para comprenderme y ayudarme; por asumir ese rol que no te correspondía, pero que lo has hecho con el mayor amor posible como el mejor papá y abuelo para mi hija.

A ti hija, que has sido mi mayor motivación e inspiración, cada paso que doy es pensando en ti y lo mejor que pueda brindarte, por enseñarme a ser fuerte y no desistir en las adversidades. Cada uno de mis triunfos es para ti, porque, aunque hemos estado lejos, has sido valiente y fuerte al tratar de comprender que tu mamá ha estado luchando por tu futuro y bienestar, me has brindado la mayor de las fuerzas al decirme desde la distancia lo mucho que me amas, a ti Salomé. ¡Te amo!

Andrea Katherine Anaya Coronel

Dedicatoria

Quiero agradecer a todos mis maestros ya que ellos me guiaron en este proceso de enseñanza y me motivaron a superarme cada día, en especial le agradezco a la profesora Claudia Posada quien siempre nos instruyó de una manera excelente y que gracias a ello estoy a punto de culminar mi carrera profesional; también agradezco a mis padres porque ellos estuvieron en los días más difíciles de mi vida como futuro profesional.

Y agradezco a Dios por brindarme una buena salud, por tener una mente que busca nuevos conocimientos y experiencias; puedo dar fe de que mis metas planteadas darán fruto en el futuro y por ende me debo esforzar cada día para ser mejor en todo lugar, y sin olvidar el respeto y la humildad que engrandecen a las personas.

Albert Obrian Ramón Mantilla

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	15
Abstract.....	16
Introducción.....	17
Problema de Investigación.....	19
Planteamiento del Problema	19
Descripción del Problema.....	20
Formulación del Problema.....	21
Objetivos.....	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos	22
Justificación	23
Estado del Arte	25
Estudios internacionales	25
Estudios nacionales.....	27
Estudios Regionales/locales.....	29
Marco Teórico	32
Capítulo I. Gerontología	32
Factores biológicos.....	35
Factores físicos.....	36
Factores sociales.....	42
Factores emocionales.	45
Desnutrición emocional.....	49
Adulto mayor institucionalizado.....	50

Teoría de la indefensión aprendida.	53
Capitulo II. Adaptación Psicológica.	57
Factores de Afrontamiento a la Vejez.	59
Capitulo III. Psicología Positiva	61
Psicología Positiva y Vejez.	64
Capitulo IV. Dependencia e Independencia en el Adulto Mayor.	70
Actividades de la vida diaria.	71
Funcionalidad del adulto mayor.	71
Cambios internos de la persona durante la vejez.	72
Teoría de la continuidad.	73
Teoría de la actividad.	73
Modelo de Selección – Optimización – Compensación (SOC)	74
Marco Legal.....	74
Ley 1090 código ético y bioético del psicólogo del 2006.	74
ley 1616 de la salud mental en Colombia del 2013.	77
Ley 1251 de 2008 normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.	81
Marco Contextual	84
Metodología.....	87
Tipo de Investigación.....	87
Diseño de Investigación.....	87
Población.	87
Muestra.	88
Instrumento.	88
Ficha técnica.....	88

Resultados y Análisis	93
Frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria según las mujeres.	95
Frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria de los hombres.	111
Versión Femenina.....	125
Versión Masculina.....	141
Conclusiones.....	154
Recomendaciones	157
Apéndices	159
Referencias Bibliográficas.....	160

Lista de Tablas

Tabla 1 mortalidad en adultos mayores en Colombia	39
Tabla 2 Validez convergente en ambas versiones del INACVIDIAM	90
Tabla 3 Validez divergente en ambas versiones del INACVIDIAM	91
Tabla 4 Caracterización Participantes por Edad.....	93
Tabla 5 Caracterización Participantes por Género	94
Tabla 6 Lista de revisión de estrategias adaptativas de selección, optimización y compensación en el INACVIDIAM.....	125
Tabla 7 Participante 1 (Versión Femenina).....	126
Tabla 8 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 1 (Versión Femenina).....	128
Tabla 9 Participante 2 (Versión Femenina).....	129
Tabla 10 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 2 (Versión Femenina).....	130
Tabla 11 Participante 3 (Versión Femenina).....	132
Tabla 12 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 3 (Versión Femenina).....	133
Tabla 13 Participante 4 (Versión Femenina).....	135
Tabla 14 Participante 5 (Versión Femenina).....	136
Tabla 15 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 5 (Versión Femenina).....	138
Tabla 16 Participante 1 (Versión Masculina).....	141
Tabla 17 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 1 (Versión Masculina).....	143
Tabla 18 Participante 2 (Versión Masculina).....	144
Tabla 19 Participante 3 (Versión Masculina).....	145
Tabla 20 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 3 (Versión Masculina).....	147
Tabla 21 Participante 4 (Versión Masculina).....	148

Tabla 22 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades.	
Participante 4 (Versión Masculina)	150
Tabla 23 Participante 5 (Versión Masculina).....	151

Lista de Figuras

Figura 1 Organigrama Hogar San José de Pamplona.....	86
--	----

Lista de Graficas

Gráfica 1 frecuencia en la actividad de cocinar.....	95
Gráfica 2 frecuencia en la actividad de leer	96
Gráfica 3 frecuencia en la actividad de jugar con niños.....	96
Gráfica 4 frecuencia en la actividad de lavar la ropa	97
Gráfica 5 frecuencia en la actividad de jugar juegos de mesa.....	97
Gráfica 6 frecuencia en la actividad de platicar con familiares.....	98
Gráfica 7 frecuencia en la actividad de lavar trastos	98
Gráfica 8 frecuencia en la actividad de ver televisión.....	99
Gráfica 9 frecuencia en la actividad de platicar con vecinos y amigos	100
Gráfica 10 frecuencia en la actividad de comer frutas y verduras.....	100
Gráfica 11 frecuencia en la actividad de asear la habitación.....	101
Gráfica 12 frecuencia en la actividad de salir de viaje	101
Gráfica 13 frecuencia en la actividad de barrer	102
Gráfica 14 frecuencia en la actividad de ir a la iglesia.....	102
Gráfica 15 frecuencia en la actividad de planchar ropa.....	103
Gráfica 16 frecuencia en la actividad de convivir en grupo de adultos mayores	103
Gráfica 17 frecuencia en la actividad de hacer costuras o bordar	104
Gráfica 18 frecuencia en la actividad de cuidar enfermos.....	104
Gráfica 19 frecuencia en la actividad de hacer ejercicio	105
Gráfica 20 frecuencia en la actividad de hacer jardinería	105
Gráfica 21 frecuencia en la actividad de jardinería	106
Gráfica 22 frecuencia en la actividad de ir a fiesta.....	106
Gráfica 23 frecuencia en la actividad de ir de compras.....	107
Gráfica 24 frecuencia en la actividad de hacer manualidades.....	107
Gráfica 25 frecuencia en la actividad de bailar	108
Gráfica 26 frecuencia en la actividad de escuchar la radio	108
Gráfica 27 frecuencia en la actividad de pagar recibos	109
Gráfica 28 Frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria en las mujeres	110
Gráfica 29 frecuencia en la actividad de barrer	111
Gráfica 30 frecuencia en la actividad de leer	111

Gráfica 31 frecuencia en la actividad de jugar con niños.....	112
Gráfica 32 frecuencia en la actividad de hacer jardinería	112
Gráfica 33 frecuencia en la actividad de platicar con familiares.....	113
Gráfica 34 frecuencia en la actividad de reparaciones eléctricas	113
Gráfica 35 frecuencia en la actividad de ver televisión.....	114
Gráfica 36 frecuencia en la actividad de platicar con vecinos o amigos	114
Gráfica 37 frecuencia en la actividad de comer frutas y verduras.....	115
Gráfica 38 frecuencia en la actividad de ir de compras.....	115
Gráfica 39 frecuencia en la actividad de salir de viaje	116
Gráfica 40 frecuencia en la actividad de asear la habitación.....	116
Gráfica 41 frecuencia en la actividad de ir a la iglesia.....	117
Gráfica 42 frecuencia en la actividad de hacer albañilería.....	117
Gráfica 43 frecuencia en la actividad de convivir con adultos mayores	118
Gráfica 44 frecuencia en la actividad de cocinar.....	118
Gráfica 45 frecuencia en la actividad de hablar por teléfono con amigos o familiares.....	119
Gráfica 46 frecuencia en la actividad de hacer carpintería.....	119
Gráfica 47 frecuencia en la actividad de ir a fiestas	120
Gráfica 48 frecuencia en la actividad de lavar trastos	120
Gráfica 49 frecuencia en la actividad de lavar el carro	121
Gráfica 50 frecuencia en la actividad de hacer ejercicio	121
Gráfica 51 frecuencia en la actividad de hacer plomería.....	122
Gráfica 52 frecuencia en la actividad de bailar	122
Gráfica 53 frecuencia en la actividad de escuchar radio	123
Gráfica 54 frecuencia en la actividad de pagar recibos	123
Gráfica 55 frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria en los hombres.....	124
Gráfica 56 Frecuencia de Actividades (Versión Femenina).....	139
Gráfica 57 Satisfacción ante la frecuencia (Versión Femenina)	139
Gráfica 58 Dificultad para realizar la Actividad (Versión Femenina)	140
Gráfica 59 Frecuencia de Actividades (Versión Masculina).....	152
Gráfica 60 Satisfacción al realizar la Actividad (Versión Masculina)	152
Gráfica 61 Dificultad para realizar la actividad (Versión Masculina).....	152

Lista de Apéndices

Apéndice A Consentimiento Informado.....	159
--	-----

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo identificar los niveles de independencia, dependencia y adaptación psicológica de los adultos mayores institucionalizados en el asilo San José de Pamplona, con el uso de la prueba de Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM) para la identificación del modelo de selección, optimización y compensación (SOC) en la realización de las actividades diarias. Se realizó por medio de un enfoque cuantitativo, con el tipo de diseño no experimental, se tomó como muestra a 5 hombres y 5 mujeres entre las edades de 60 y 90 años. Por tanto los niveles de dependencia e independencia que se evidenciaron, fue que tanto hombres como mujeres dejan de realizar ciertas actividades de la vida diaria al llegar al Asilo, por ende, dejan de un lado la independencia en su totalidad y tienen trascurso a la dependencia.

Por otra parte, la adaptación psicológica se va presentando como resultado de dicha dependencia, pues adquieren nuevos hábitos de conducta, el modelo SOC juega un papel muy importante en dicha adaptación, a menor dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria, mayor adaptación psicológica en el adulto mayor.

Palabras Claves: Adulto mayor, Independencia, Dependencia, Adaptación psicológica, Envejecimiento exitoso.

Abstract

This research project aimed at identifying independence, dependence levels and psychological adjustment of the major institutionalized adults in daily activities at the Pamplona's San Jose asylum. This was done throughout a quantitative research approach using INACVIDIAM test for the selection of the model, optimization and compensation in the accomplishment of the daily activities. This study was carried out using a non-experimental design, with a short duration. Samplings was made of 5 men and 5 women aged between 60 and 90. Therefore levels dependence and independence that became apparent was that both men and women cease to perform certain activities of daily life to get Asylum thus leave a side in full independence and have trascurso to dependence.

Moreover, the psychological adaptation field appearing as a result of such dependence, because they acquire new habits of behavior, the SOC model plays a role very important in this adaptation, to less difficulty in conducting activities of daily life, greater psychological adjustment in the elderly.

Keywords: Elderly, Independence, Dependence, Psychological adjustment, Successful aging.

Introducción

El envejecimiento es una etapa del ciclo de vida, donde las condiciones de vida se reducen y es necesario tener mayor cuidado en cualquiera de sus acciones; en este periodo la fragilidad y dependencia se hace fundamental en la vida de las personas es una de las mayores prioridades que se deben tener en cuenta, no tan solamente por las estadísticas tanto demográficas, culturales, sociales y en algunos casos sobre enfermedades de deterioro tanto físico como psicológico, sino también como un aspecto más complementario a la problemática que lleva en este momento el envejecer.

Para nadie es un secreto que la cobertura del adulto mayor entre 60 y 90 años está creciendo alarmantemente en la población mundial, es más se prevé que en un futuro puedan existir más adultos mayores que jóvenes; rompiendo barreras desde aspectos de mitigación sobre “que la etapa de adulto mayor es un paso a la muerte” pues si lo vemos desde el lado contrario las probabilidades de morir en accidentes o por causa de enfermedades graves, son más remotamente grandes que morir antes de los 70.

No obstante, el marco de proyecciones que tienen los gobiernos y los mismos adultos mayores son controversiales a cada uno de los aspectos a tomar, resaltando que la mala preparación para esta etapa ha creado grandes problemas en la actualidad y proyectando que el futuro sea un pronóstico demasiado preocupante para la población mundial.

Como primer aspecto resaltaremos la importancia de los modelos de intervención y promoción que se tienen en la actualidad para la creación de un mejor ciclo de salud en la adultez, los problemas sobre los nuevos hábitos de vida saludable son una nueva proyección en los trabajos teóricos de investigación en las diferentes universidades o entidades que tratan de demarcar la vulnerabilidad de cada una de las etapas del ser humano; por lo que se puede afirmar que estas nuevas conductas de vida diaria son un riesgo potencial en la vejez temprana, el cigarrillo, el consumo de alcohol y la sobrevaloración que se tiene en la actualidad sobre el consumo de alucinógenos, crean no

tan solamente un problema en la vida desbocada o sin interés de algunos jóvenes o adultos mayores, sino creando una peor repercusión en la vejez.

Tomando en cuenta el párrafo anterior, también tenemos que entrar a dialogar sobre los enfoques gubernamentales en los proyectos en pro del adulto mayor ya que es un aspecto muy importante al hablar sobre salud y pensión, por lo que en algunos países, especialmente en Colombia las políticas son muy erróneas desvalorizando las edades de pensión y la fragilidad del sistema de salud en la atención y prevención de cada uno de estos factores de riesgo que contiene la población colombiana. También vale resaltar la falta de liderazgo de asociaciones de parte del estado, alcaldías y otros responsables de planes de ayuda e intervención en los adultos mayores.

También tomaremos los aspectos físicos y psicológicos que conlleva la gerontología, los veremos cómo enfoques desde enfermedades plurales que en la actualidad son síndrome de alertas, especialmente las enfermedades de deterioro cognitivo e incapacidades que se tienen en la vejez, demarcando esta etapa como poca productiva y en algunos casos como un proceso tanatológico, conviene decir que estos aspectos en la actualidad son representados por tablas más específicas las cuales estudiaremos más adelante, pero que demuestran el gran índice de caída y de mala preparación que tienen algunos aspectos demográficos al igual que las tasas de mortalidad que están presentes en la actualidad en los censos colombianos

También hablaremos sobre los aspectos de enfoque positivista en el adulto mayor, hablando tradicionalmente de este como guía y como índice de experiencia que con el paso del tiempo ha cambiado como factor productivo e inherente en la sociedad, convirtiendo al envejecimiento como un riesgo por la falta de utilidad y en algunos casos de valor ético; todo esto enmarcado en las posibles actividades que se debe tener y enfocar en pro del octogenario, pues a manera de conclusión este trabajo se realiza es para eso, para resaltar la actividad dinámica, física e intelectual que aún se conserva en esta población para proyectar planes e investigaciones, los cuales promuevan mejores estados de calidad en un futuro y mejorar el desempeño económico, social, cultural y espiritual en lo que es la última etapa del ciclo vital.

Problema de Investigación

Planteamiento del Problema

El programa (Misión Colombia Envejece, 2015), en conjunto con la Fundación Saldarriaga Concha y desarrollo tienen como objetivo divulgar el estado en el que se encuentra el proceso de envejecimiento de la población colombiana, haciendo evidentes los retos y las oportunidades que se presentan en esta etapa del ciclo vital, en aspectos como planes de promoción e intervención, ayudas sociales, mapeos generales de estados de salud, registros socioeconómicos y otros aspectos más.

Este programa, en pro del adulto mayor, realiza estudios longitudinales, cifrando cada aspecto social, cultural y personal en la evolución del cambio al paso del envejecimiento, creando así un censo desde 1985 y renovado en la última vez en el año 2015, el cual estableció una serie de estadísticas para el año 2050, proporcionando un reporte de riesgo en el crecimiento de la población del adulto mayor, estimando que el 3,1 millón de colombianos entre los 60 y 80 años contará con una pérdida de las capacidades funcionales básicas, como dependencia e improductividad.

A partir de lo anterior, la investigación de corte cuantitativo evaluará los niveles de independencia, dependencia y adaptación psicológica del adulto mayor, en el asilo San José de la ciudad de Pamplona; haciendo referencia a describir los tipos de actividades, la frecuencia con que se realizan y la satisfacción que se presenta en esta etapa del ciclo vital

a través de la aplicación de la prueba denominada Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor, con la finalidad de brindar estrategias en pro del envejecimiento activo.

Descripción del Problema

La percepción de adulto mayor tiene una variedad de significados que cambian según la perspectiva con la que se defina. El concepto más general que se encuentra es el dado por la (OMS, 2015) la cual estipula que todo individuo mayor a 60 años es considerado de la tercera edad, lo anterior coincide con la definición utilizada en Colombia, basada en la ley 1251 de 2008 la cual establece a toda persona de 60 años o más, como adulto mayor. (Corte Constitucional, 2010).

Según lo anterior encontramos variaciones a nivel cognitivo como el alzhéimer, Parkinson, enfermedad cerebro vascular, limitaciones visuales y auditivas, que, si bien son complejas, suelen tener un acompañamiento médico. Pero existen otro grupo de variaciones que son descuidadas tanto por el individuo como por su contexto familiar, en este caso hacemos referencia a los niveles de adaptación que se presentan en la tercera edad, las cuales al bajar el desempeño de actividades diarias crean un proceso de depresión y pérdida de la autoeficacia, lo cual muchas veces es pasado por alto ignorando el debido tratamiento.

En Colombia se estima que en el 2015 la población de adultos mayores contara con más 5.2 millones de personas, es decir casi el 10% de la población colombiana, dándole prioridad a los estudios de (Misión Colombia Envejece, 2015), donde se evalúan como un mal proceso en los planes de pensión, ayuda social y desarrollo, catalogando este proceso como un mal manejo a la adaptación a esta etapa del ciclo vital; para el 2050, aumentara notablemente, pasando de una expectativa de vida de 60 a 80 años a 90 años a vivir, dando una cifra de 14 millones de personas, es decir el 23% de la población colombiana, y por

esto nacen las preguntas, más frecuentes; ¿Cómo se va tratar esta población?, ¿qué tanto el gobierno apoyara en esos momentos la población de adulto mayor? Y ¿qué puedo hacer antes de que esto pase?

Para contar con estas preguntas es importante abordar a la población del adulto mayor desde una perspectiva de investigación dirigida a resaltar las potencialidades que tiene el individuo en la vejez, como la utilidad de su experiencia y eficacia a la hora de abordar una situación, Esta línea de estudio permite poner en tela de juicio pensamientos estereotipados sobre el adulto mayor que según Rodríguez (2010) lo catalogan como: discapacitados, deprimidos, o incapaces de adaptarse al cambio, permitiendo un entendimiento holístico de las potencialidades de esta etapa del ciclo vital, delimitando las posibilidades y oportunidades que se deberían presentar en los adultos mayores, creando un declive en el empoderamiento en la toma de decisiones y participación como grupo social.

Tomando estos puntos en cuenta el estudio se enfocará en medir los niveles de independencia, dependencia y adaptación psicología del adulto mayor, en el asilo San José de la ciudad de Pamplona, para identificar los niveles de satisfacción en la última etapa de la vida, para crear herramientas psicopedagógicas que ayuden al afrontamiento en el desarrollo del ser humano en ésta última fase, mejorando la calidad de vida en pro al afrontamiento tanatológico y apoyando al envejecimiento activo de los adultos mayores institucionalizados en el asilo San José de Pamplona.

Formulación del Problema

¿Cuáles son los niveles de independencia, dependencia y adaptación psicológica de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en el asilo San José, de la ciudad de Pamplona?

Objetivos

Objetivo General

Identificar los niveles de independencia, dependencia y adaptación psicológica de los adultos mayores institucionalizados en el asilo San José de Pamplona, a través de una investigación de corte cuantitativo, con el uso de la prueba INACVIDIAM para la caracterización del modelo de selección, optimización y compensación en la realización de las actividades diarias.

Objetivos Específicos

Especificar los tipos de actividades de la vida diaria de los adultos mayores del asilo San José de la ciudad de Pamplona.

Establecer la frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria de los adultos mayores de asilo San José, según el sexo.

Demostrar los niveles de satisfacción frente a la ejecución de las actividades de la vida diaria, de los adultos mayores del asilo San José según el sexo.

Diseñar una propuesta de intervención psicogerontológica con el fin de prevención y manejo de actividades de la vida diaria del adulto mayor

Justificación

El proceso de envejecimiento es una de las etapas más fundamentales del pensamiento humano, es el cambio del criterio de juventud al paso casi sedentario de la introspección de todo lo que se ha hecho en la vida, según (Lobato. E., 2016) “lo esencial no es el trascurso del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido”, ya que el camino recorrido por el ser humano es un sinfín de ensayos y errores, en los cuales se aprende de cada una de las falencias y aciertos que hemos tenido, por lo cual esta parte del ciclo vital es tan referenciada y tenida en cuenta en muchos debates, tanto políticos y sociales, como de promoción e intervención en las áreas de salud y de orden social.

Cuando se habla o investiga de envejecimiento y vejez, tradicionalmente se hacen estudios enfocados en los aspectos negativos, déficits y patologías que se presentan en las personas mayores (Iacub. R., Arias. C., 2015) pero se ha querido cambiar este paradigma, teniendo en cuenta que a través de los años se observan aspectos más positivos y de esta manera poder orientar esta población a investigaciones enfocadas en potencializar los aspectos positivos que tienen los adultos mayores y sacar provecho de esta última parte del ciclo vital.

Al mismo tiempo las investigaciones van haciendo estereotipos en los adultos mayores, los limitan, y condicionan en su modo de ser y comportarse, pensando de cierta manera que es lo que se espera y es normal para su edad, las enfermedades, los achaques y el sin número de puntos negativos enfocados a esta población (Iacub. R., Arias. C., 2015). Lo que se quiere con la psicología positiva a través de esta investigación es contribuir a consolidar una imagen satisfactoria hacia la vejez, conocer las capacidades óptimas de cada uno de los adultos mayores institucionalizados en el hogar san José de Pamplona.

Teniendo en cuenta lo anterior, (Iacub. R., Arias. C., 2015) resaltan la importancia de ver el envejecimiento desde las teorías de la psicología positiva y Psicogerontología,

haciendo alusión al incremento del interés de los estudios realizados por muchas áreas de la psicología, generando un mayor conocimiento acerca de aspectos efectivos en la vejez, sin desmeritar los factores negativos que se presentan en el envejecimiento, sino haciendo prevalencia en las potencialidades que se ostentan en el adulto mayor, cambiando los estudios de enfoque tanatológicos, a investigaciones de enfoques positivistas, en pro a la calidad de vida e inclusión social de esta etapa.

Por lo cual, se resalta el paradigma del envejecimiento activo, en los nuevos estudios psicológicos en el desarrollo del adulto mayor, ya que como lo especifica (Lobato. E., 2016), “el envejecimiento no consiste en ir contracorriente al río, sino aprender a navegar en él”. Este estudio paradigmático, da un nuevo enfoque al ver el envejecer como una etapa de producción activa, en actividades físicas y cognitivas más pequeñas, ayudando a mantener la capacidad funcional de las personas mayores, optimizando el estilo de vida, en los lugares como asilo o instituciones que ayudan a mantener este tipo de población.

Con base en lo anterior, la presente investigación busca identificar los niveles de adaptación psicológica y dependencia e independencia de los adultos mayores a través de la prueba “inventario de actividades de la vida diaria del adulto mayor” (INACVIDIAM), donde se reflejara la frecuencias y nivel de satisfacción, que presentan algunas actividades presentes en el asilo san José de la ciudad de Pamplona.

Es relevante mencionar la importancia de la investigación en cuanto al aporte que se quiere brindar a los adultos mayores del asilo san José de Pamplona, por medio de la implementación de un protocolo de herramientas psicoeducativas que sirvan para la intervención que cada semestre realizan los psicólogos en formación con cada uno de ellos, por otra parte los psicólogos en formación que median con esta población podrán tener un apadrinamiento más estructurado e implementar las estrategias del protocolo psicoeducativo que se quiere realizar.

Estado del Arte

A continuación se presentan unas investigaciones realizadas a nivel internacional, Nacional y regional que fueron tomadas como referencia para la elaboración de esta investigación, las cuales aportaron de manera individual una visión más global de las variables que se trabajaron, contribuyendo a la mejor comprensión y construcción del objeto de estudio.

Estudios internacionales

Una investigación realizada en Portugal, denominada ActiveBrain: Online Social Platform for Active and Healthy Aging (Plataforma Social en línea para el activo y saludable envejecimiento) por (Correia S. & Silva M., 2014) la cual tiene como objetivo analizar retos a desarrollar una plataforma en línea que cubren tres áreas: la formación del cerebro, compartiendo historias y apoyo de ancianos, teniendo en cuenta que el avance del mundo digital va muy rápido, y los adultos mayores se ven particularmente afectados, pues no se encuentran familiarizados, no tienen las habilidades o en algunos casos no tienen el acceso a internet, por lo cual tiene base esta investigación, que busca mejorar la vida de los adultos mayores y promover el envejecimiento activo.

Esta investigación tiene como metodología el Diseño de Ciencia, este enfoque tiene como objetivo la generación de conocimiento, mientras que busca soluciones a los problemas del mundo real, pero también se puede describir como cualitativo y exploratorio, según (Correia S. & Silva M., 2014). Esta plataforma no va destinada solo al adulto mayor, también va dirigida al terapeuta, de esta manera apoyar la rehabilitación, la integración a juegos en línea y fomentar la relación entre el paciente, el terapeuta y la familia.

Una de las investigaciones encontrada fue de tesis de doctorado llamada el voluntariado de acción social de las personas mayores como elemento de envejecimiento activo, de Manuel Novella Mínguez en 2015 en la universidad de Valencia, Facultad de ciencias sociales y trata de como el envejecimiento se ve influenciado en las actividades de las personas mayores, para una mejor calidad de vida, actuando como voluntariado en la participación social tomado desde el área de la sociología. (Novella. M., 2015)

Con esta investigación de carácter exploratorio se pretendía comprender al voluntariado en las organizaciones de acción social de las personas mayores como factor de envejecimiento activo por medio de una entrevista para conocer a fondo sus intereses propios (Novella. M., 2015) de esta manera la población de estudio fue tomada la muestra de la ciudad de valencia (España), personas mayores de 65 años, socias activas de organizaciones no lucrativas. Para la conclusión de este trabajo se puede decir que se trabajó desde las narraciones de las personas mayores desde su perspectiva de la experiencia, es decir, todo lo que han aprendido a lo largo de su vida lo aplican y le dan un significado diferente mediante la ayuda a los demás.

Otra de las investigaciones fue impacto de la ocupación en el envejecimiento: una investigación en Magallanes, una tesis de seminario de investigación en salud ocupacional 2010 de Bárbara Estefanía Laubcher Ojeda, Angelina Mabel Segura López, Mabel Andrea Toledo Villaroel, (Laubscher. B., Segura. A., Toledo. M., 2010) esta investigación está encaminada a las actividades significativas con el envejecimiento. La población a estudiar fue un grupo de adultos mayores del taller de pintura del instituto de previsión social (IPS) de Magallanes (chile) pues toma como referencia que el envejecimiento es un proceso inherente del ser humano, no solo de carácter biológico, sino también como un proceso vital y social.

En esta investigación se realizó una metodología de tipo cualitativa/ descriptiva exploratoria con diseño etnográfico, utilizando como instrumento la entrevista, con una muestra de 18 adultos mayores entre 60 y 80 años, de ambos sexos. (Laubscher. B., Segura. A., Toledo. M., 2010) Como conclusión de la investigación se pudo observar que los adultos mayores que asisten a estos talleres se quieren sentir útiles para la sociedad, pues su cambio de roles o pérdida de los mismos dentro de la vida laboral, se presenta tiempo libre, por esta razón al ejecutar estos tipos de actividades el envejecimiento se realiza de manera activa y con ella su vida mejora progresivamente en la última etapa del desarrollo humano.

Otra investigación lleva por nombre estudios sobre el impacto de un programa de envejecimiento activo a través de herramientas tecnológicas tesis doctoral elaborada por Laura Nieto Rivero en 2015. La cual lleva un programa de envejecimiento activo desarrollado a través de herramientas tecnológicas para mejorar la calidad de vida de personas mayores en Coruña (España). (Nieto. L., 2015)

Se utilizó el diseño de investigación mixto, con una muestra de 45 adultos mayores, como resultado se pudo observar que el programa de intervención se adapta a las necesidades de las personas mayores en su desempeño ocupacional. Permitiendo y favoreciendo el sentido de responsabilidad y participación activa en el adulto mayor. (Nieto. L., 2015)

Estudios nacionales

Una de las investigaciones pertinentes para el estado del arte es la elaborada por Jorge Enrique Correa-Bautista, Carolina Sandoval-Cuellar, Margareth Lorena Alfonso-Mora, Karen Dayana Rodríguez-Daza en 2012 que tiene por nombre cambios en la aptitud física en un grupo de mujeres adultas mayores bajo el modelo de envejecimiento activo donde se realizó un estudio con un diseño longitudinal, con el objetivo de evaluar

inicialmente, con el cuestionario de comportamiento frente a la actividad física de Bess Marcus. (Bautista. J., Sandoval. C., Alfonso. M., Rodríguez. K., 2012) La población a intervenir fue de 150 integrantes de la tercera edad (60 años) de Santa Fe de la ciudad de Bogotá.

Los resultados más relevantes dentro de la discusión revelan que la actividad física basados en fitness funcional para los adultos mayores deben estar enfocados hacia el entrenamiento de acuerdo a sus capacidades físicas y psicológicas, pues traen beneficios en su funcionalidad y calidad de vida. (Bautista. J., Sandoval. C., Alfonso. M., Rodríguez. K., 2012)

Otra investigación tiene por nombre caracterización de las personas mayores institucionalizadas en el hogar san Rafael de Fusagasugá, Cundinamarca. Elaborada por Rosmira Yasno Pardo en 2010. Investigación de diseño investigativo de tipo descriptivo y transversal. Se aplicó un instrumento para la valoración integral del adulto mayor, que fue diseñada por el grupo interdisciplinario de investigación en gerontología. (Yasno. R., 2010) Se tomó una población conformada por 107 personas mayores de sesenta y cinco años, residentes del hogar san Rafael de Fusagasugá. Algunas de las conclusiones más relevantes de la investigación fue conocer la situación actual de manera integral en su nivel de funcionalidad, autonomía, satisfacción de necesidades y apoyo social.

Igualmente una investigación realizada por Elveny Laguado, Katherine Camargo, Etilvia Campo y Marta Martin que tiene por nombre funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar, donde es un estudio de corte descriptivo transversal en dos centros de bienestar ubicados en el área metropolitana de Bucaramanga, contando como participantes con adultos institucionalizados en estos centros, elegidos por muestreo probabilístico, sujetos elegidos con características fijadas por los investigadores. (Laguado. E., Camargo. K., Campo. E., Martin. M., 2015). Lo que

se buscaba en la investigación es la funcionalidad en el adulto mayor como eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento, las enfermedades como factor que limitan la capacidad física, mental y social. En las conclusiones más relevantes del estudio se pudo determinar que la funcionalidad del adulto mayor predomina con dependencia leve el género masculino con un 16% y como independiente el género femenino con un 15%. Otra de las conclusiones relevantes es que en los adultos donde predomina el acompañamiento familiar, pueden formar relaciones sociales más fácilmente, se evita el aislamiento social y previene alteraciones de tipo emocional como la depresión. (Laguado. E., Camargo. K., Campo. E., Martin. M., 2015)

Estudios Regionales/locales.

Uno de los estudios realizados en el municipio de Pamplona habla acerca de la prosocialidad en el adulto mayor y tiene como título Prosocialidad y Sentido de Vida en Adulto Mayor elaborado por Heider Chams Moreno donde el objetivo de la investigación es analizar la relación existente entre las conductas prosociales y el sentido de vida de los adultos mayores entre las edades de 60 a 80 años del grupo Vida a los años Maravillosos de la ciudad de Pamplona. Esta investigación utilizó un corte cualitativo, donde se utilizaron tres instrumentos para la realización del análisis y discusión de los resultados. (Chams. H., 2012).

Una de las conclusiones más significativas de esta investigación es que la satisfacción en los adultos mayores del grupo Vida a los Años Maravillosos en un punto clave para alcanzar la existencia de la vida ya que es un grupo autónomo y proactivo que se ha conformado a través de sus propios esfuerzos y trabajos, de esta manera, sintiéndose útiles, importantes y prosociales, es decir, su experiencia y trascendencia en el grupo gira en torno a su sentido de vida.

Otro de los estudios realizados tiene por nombre “prosocialidad en el adulto mayor del Asilo San José” elaborada por Dania Pabón y Claudia Rodríguez, el cual se realizó bajo un corte cualitativo, enfocado en comprender y profundizar en la prosocialidad en esta población, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural en relación con un contexto cualitativo. (Pabón.D, Rodríguez. C, 2017). Se tomó una muestra de seis participantes entre los 60 y 73 años de edad donde una de las conclusiones más significativas que se pudo evidenciar es que la prosocialidad como conducta se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, en los adultos mayores con menor edad y aquellos con un mejor nivel de funcionalidad física y cognitiva. (Pabón.D, Rodríguez. C, 2017).

Uno más de los estudios realizados fue el de Martha Milena Villamizar, que lleva por nombre “Descripción de los factores psicosociales de los adultos mayores pertenecientes al Hogar Día del municipio de Pamplona, el cual se realizó con un corte cualitativo por medio del estudio etnográfico, con una muestra de 15 adultos mayores; 12 mujeres y 3 hombres en edades comprendidas entre los 60 y 85 años. Se apoyó conceptualmente en aspectos como el desarrollo humano, desarrollo psicosocial y salud mental. (Villamizar. M., 2004). En el cual los resultados permiten que el Hogar Dia asuma su labor de una manera más concreta y favorezca integralmente el desarrollo psicosocial del adulto mayor.

La investigación “Programa de valoración e intervención de la conducta emocional, motora y social en los adultos mayores del asilo San José de Pamplona” realizada por Mariela Rodríguez y Clara Esperanza Moreno, la cual utilizó una metodología con un corte cualitativo con acercamiento explorativo con el propósito de identificar las necesidades sentidas y no sentidas en materia de desarrollo personal. (Rodriguez. M., Moreno. C., 2005), lo que busca la investigación es identificar las variables de la conducta emocional, motora y social del adulto mayor, que influyen en el comportamiento sedentario,

comúnmente observado en este tipo de población, para organizar un programa terapéutico tendiente a propiciar disminuir la fortaleza de ese comportamiento.

La investigación que lleva por nombre “Descripción de la calidad de vida de los adultos mayores del hogar San José” realizada por Mildreth Ortega y Natali Perdomo, la cual enmarca un enfoque cualitativo mediante la acción – participativa la cual busca la solución a posibles problemáticas, de este modo los investigadores evalúan las necesidades en la población participante con el objetivo de proporcionar bienestar a la situación que está generando malestar (Ortega. M., Perdomo. N., 2010). La muestra que se tomó para el estudio fue por conveniencia, en la cual se agrupan en 6 mujeres adultas que se comprenden entre las edades de 65 a 85 años que se encuentran institucionalizadas por un tiempo mínimo. Por lo cual se pudo evidenciar que la población adulta mayor requiere un acompañamiento psicológico que propenda construir permanentemente espacios saludables de convivencia, crecimiento personal y mejoramiento de su calidad de vida (Ortega. M., Perdomo. N., 2010)

Marco Teórico

En muchos sentidos la vejez es un estado el cual ser humano alcanza como finalidad de experiencia y tiempo, pero no en muchos casos este es completamente satisfactorio; creando lo que llamamos un mal proceso adaptativo, en el siguiente trabajo trataremos de enfocar nuestro estudio en este juicio, sus causas y en un mejor enfoque desde la psicología, tomando en cada uno de los próximos capítulos ¿qué es el adulto mayor?, subrayando completamente el paradigmas gerontológico como una nueva red de apoyo desde el área de la psicología, señalando los estudios tanto cognitivos, como cognoscitivos, aspectos biológicos, sociales, temáticas desde el área positivista y del ciclo vital, referenciando toda esta teoría con el proceso de adaptación que tiene el adulto mayor, a la hora de ser institucionalizado en las casas de retiro.

Capítulo I. Gerontología

Los adultos mayores representan una cifra muy grande tanto a nivel nacional como internacional, debido a su fragilidad tanto física como emocional; a raíz de esto han surgido muchos estudios dedicados a cuidar a cada persona de la tercera edad buscando su estabilidad emocional y social, prolongando su calidad de vida a una mucho mejor, donde puedan ser personas más activas y menos dependientes.

En Colombia había existido mucho desinterés en esta área debido a su delicado estado, como objetivización el estado social debe ser proyectar un desempeño favorable en la innovación de oportunidades y garantías a los adultos mayores, ya sea desde el ámbito físico, social, emocional, laboral o económico; esto con el fin de mejorar los niveles de adaptabilidad en todos los aspectos de dichas personas en la actualidad.

En este punto interviene lo que es la Psicología positiva de la mano con la Gerontología, las cuales por medio de estudios y diversos métodos ya sean escritos o verbales permiten mejorar la situación actual en que se encuentran las personas de la tercera edad, pero cabe resaltar que la gerontología es la ciencia que se encarga de estudiar los diferentes ámbitos generales de la vejez y como tal como es el desarrollo del envejecimiento de una población.

La Gerontología ha realizado muchos estudios que han mejorado la calidad de vida de muchos adultos mayores, y con base en dichos estudios se han tomado medidas diferentes con el fin de ampliar y potenciar las capacidades de estas personas sin que se sientan frágiles y poco útiles, ya que este es un sentimiento que surge normalmente en su pensamiento y que hay que erradicar.

Para dar inicio completamente a los marcos introductorios de que es el envejecimiento, este estudio se centrará en el nuevo aparato gerontológico demarcando aspectos tanto políticos, sociales, físicos, culturales, y de índole biológico; centrándose en cómo estos afectan al aparato psíquico y su funcionamiento en la etapa de la tercera edad, señalando también los aparatos de carácter humanitario que en la actualidad se trabaja con el adulto mayor, dirigiéndose específicamente en los aspectos positivos o negativos a la hora de hablar de todo lo anteriormente mencionado.

El envejecimiento en Colombia como material de investigación y de intervención para las nuevas políticas del país, han creado una serie de estudios sobre los factores que conlleva el envejecer como lo muestra el artículo de El Tiempo sobre Gerontología (2018). Tan solo en 30 años la población ha pasado de un 2'142.219 a 5'336.850 personas, pasando de un 6% a un 15% desde del 2010 al 2018 del crecimiento de la población; dada esta información el departamento nacional de planeación de Colombia (2014) creo una manera de intervención y de apoyo a los nuevos planes que tengan que ver con la integración, estudio dinámico y activo de todo lo que es la tercera edad. Demarcando así el comienzo de los estudios gerontológicos en Colombia como base al proceso tanatológico social y cultural que tienen los adultos de 65 a 80 años en adelante.

“Hace pocos días en el país se presentaron los resultados de la encuesta SABE (Salud, bienestar y envejecimiento en Colombia) realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y la Universidad de Caldas; los cuales tomaron una población colombiana entre 60 años de 30.000 personas (Tiempo 2016), dando bases activas que el envejecimiento en la nación no es una etapa terminal sino que es una parte del estado mental; demostrando que los adultos mayores son personas activas dentro de la sociedad resaltando actividades tanto sexuales, económicas, culturales y funcionales durante su diario vivir.

Por ello el Gobierno en consolidación con el estudio dio la importancia del desarrollo de la Gerontología como nuevo enfoque a trabajar el envejecimiento desde un punto positivista y humanista en todos los grupos sociales que tengan que ver con la interacción con el adulto mayor. La Gerontología en Colombia nace en el año 85 en la Universidad Católica del Oriente Rio Negro, Antioquia; como nuevo método de estudio en la parte psicológica, dicho estudio tuvo nuevos avances en lo que fue México, Panamá, Brasil, Perú, Portugal, Canadá, Estados Unidos y Argentina; ¿Pero en sí que es la gerontología?

La gerontología nace en el siglo XX, como estudio a cada uno de los procesos del envejecimiento, demarcando varias ciencias, como lo son, la sociología, antropología, filosofía, biología y especialmente la psicología, esta nueva rama no es considerada científica, como lo demarca Cardozo (2018); es más una un apoyo de todos los programas que se basen en una investigación a los mitos sobre la tercera edad, la longevidad y todo la estructura positivista y tanatología a la hora de hablar sobre la muerte; marcando preguntas sobre ¿Cuándo empezamos a envejecer?, ¿la vejez es el reflejo de paso por la vida?, y ¿Qué tanto estoy preparado para el cambio?.

Esta rama denomina “*el envejecimiento*” según Millán (2010), como un proceso de cambios morfuncionales que se producen en el ser vivo al paso del tiempo, refiriendo a todos los aspectos biopatológicos orgánicos fisiológicos propios de cada individuo, por esto la gerontología marca el estudio de estas bases en dos tipos de envejecimiento; Rowe y Kahn (1987 citado por Castillo, 2008) establecen estas dos diferencias como envejecimiento normal y envejecimiento exitoso, concretando así la línea de investigación de este modelo. Ya que en estos dos modelos se ve el afrontamiento a las patologías que se presentan en todo lo que es la etapa del adulto mayor pero para resaltar esto debemos indicar como lo dice el autor; que no se sabe cuándo se empieza a envejecer aunque lo que si se puede medir es el momento de la concepción y el paso a la caducidad de los procesos cognitivos.

Para ello se evaluara cada uno de los factores que la gerontología demarca como desequilibrios cognitivos dándole paso a lo que se llama patologías en el desarrollo del ciclo vital, por ello se demarcaran cuatro aspectos como lo son los factores biológicos, físicos, sociales, emocionales:

Factores biológicos.

Los factores biológicos representan todos los factores genéticos que marcan nuestro paso en la vida, para la gerontología el estudio genético es una de las bases de prevención y asimilación como marcos de enfermedades familiares; esto desarrolla una variación entre los aspectos físicos y ambientales en el afrontamiento al envejecimiento, ya que se ha comprobado que el 20 y el 25% de la variabilidad de la fecha de fallecimiento o muertes causadas por enfermedades son basadas en estudios de factores genéticos, los cuales constituyen componentes como la predisposición para el padecimiento de ciertas enfermedades crónicas, el sentido de supervivencia y el descarte de enfermedades crónicas como la diabetes, algunos tipos de cáncer o en su mayoría como algunas demencias como el alzhéimer o la demencia senil.

Factores físicos.

Según Arango & Ruiz (2018 Pág. 1), el concepto de envejecimiento *“es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el mismo momento del nacimiento, se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos”*; Esto se refiere a un estado relativamente largo, ya que puede corresponder a casi la tercera parte de la existencia, marcando no tan solo una etapa tanatológico, sino en esta época, una proyección positiva de todo lo vivido y lo que falta.

La definición del envejecimiento normal no es una delimitación fija y depende de múltiples variables, por ejemplo, desde una perspectiva estadística se define como aquel estado caracterizado por las condiciones físicas y mentales que con mayor frecuencia aparecen en la población (Arango & Ruiz 2018, Pág. 1). De esta forma ellos identifican las perspectivas tanto biológico-funcional hablando sobre tres patrones de envejecimiento: el normal o usual, caracterizado por la inexistencia de patología biológica o mental; el óptimo o competente y saludable que asocia un buen funcionamiento cognoscitivo y una adecuada capacidad física a una baja probabilidad de existencia de enfermedad y/o discapacidad y, el envejecimiento patológico que está determinado por presencia de enfermedad.

Por lo cual dichos cambios en esta etapa son más de los sistemas orgánicos, resaltando aspectos como lo anatómico, cognitivo, y funcional; conocidos como cambios fisiológicos del envejecimiento. Estos cambios presentados más los estilos de vida y la genética, hacen al anciano más o menos vulnerable; por tanto se hace necesario el conocimiento y mapeo general en una población, dando fuentes de información concisa y casi precisa de los padecimientos más populares en esta etapa, evitando así que en esta fase del ciclo vital se perjudique la calidad de vida y el funcionamiento del individuo.

El concepto del envejecimiento biológico entendido como el estado integral de un individuo como resultante de los desgastes asociados a la edad más sus condiciones de enfermedad, funcionalidad, bienestar mental y apoyo social (Morales. 2016 Pag 8); este aspecto es orgánicamente individual e independiente de la edad que se tiene, explicando la importancia de los cuidados y deberes que se deben tener antes del envejecimiento, ya que muchos de las prevenciones que se desarrollan a medida de planes nacionales son en pro de la calidad de vida y sus posibles repercusiones en el futuro.

Desde la dimensión médica, los estudios recientes han mostrado tablas que se deben analizar, es importante además de otros aspectos, valorar las condiciones clínicas prevalentes, sobre las cuales se debe enfocar los planes de atención y proyección sanitarias. La presencia de varias enfermedades análogas se ha vuelto un problema común en el anciano y aumenta a medida que aumenta la edad, datos del “Medicare” (citado por Morales. 2016 Pag 8) sugieren que 32% de la población en el grupo de 65-69 años sufre de tres o más condiciones crónicas. Entre los 80-84 años la prevalencia de multimorbilidad aumenta 52%. Entre los ancianos en general 76% sufren de tres o más condiciones crónica. Este exceso de comorbilidades es asociado significativamente con mortalidad, discapacidad, deterioro funcional y baja calidad de vida, con el consecuente aumento en el uso de los servicios de salud y costos.

Cabe resaltar que ahora además de la edad cronológica se habla del Health Study (Morales. 2016 Pag.8) se encontró que 46% de 48.738 individuos mayores de 65 años tenían trastornos hormonales y metabólicos; se encontró una cifra de 40.4%, que es una cifra alta si se compara con el estudio de la referencia anterior y que sin duda refleja la “occidentalización” de los estilos de vida y hábitos nutricionales.

En Colombia la nutrición en el adulto mayor es muy insuficiente y en algunos casos los octogenarios viven en bajos niveles económicos, abandono y otras características que hacen que el adulto mayor tenga grande problemas de salud; La Encuesta Nutricional Nacional en la cual se evaluaron 117.205 personas entre 0 y 64 años, mostró:

El mayor déficit nutricional en niveles bajos de SISBÉN y en áreas rurales como la anemia y déficit ferropénico en todos los grupos evaluados; dieta desbalanceada con mayor consumo de carbohidratos; bajo consumo de frutas y verduras e insuficiente actividad física en todas las edades; Adicionalmente se encontró mayor porcentaje de sobrepeso y de obesidad, en el sexo femenino (Arango y Ruiz 2018, Pag.9), creando un gran problema de deterioro y descuido por parte de las redes de apoyo y en algunos casos del gobierno, causando inconvenientes graves en la salud de estos adultos mayores, demostrados en la siguiente gráfica.

HOMBRES	Tasa x 100.000 Habitantes	%	TOTAL	MUJERES	Tasa x 100.000 habitantes	%	TOTAL
Enfermedad isquémica del Corazón	9770	20.5	969.6	Enfermedad isquémica del Corazón	8803	18.8	690.6

Enfermedades crónicas de las vías Respiratorias Inferiores	4519	9.5	448.5	Enfermedades Cerebrovasculares	5643	12.1	442.7
Enfermedades cerebrovasculares	4464	9.4	443.0	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias Inferiores	3691	7.9	289.5
Enfermedades Hipertensivas	2181	4.6	216.5	Diabetes mellitus	3108	6.6	243.8
Diabetes mellitus	2018	4.2	200.3	Enfermedades hipertensivas	2493	5.3	195.6

Tabla 1 mortalidad en adultos mayores en Colombia

Tabla Causas de mortalidad en mayores de 65 años

Fuente: DANE: Registro de Estadísticas Vitales / DEFUNCIONES de 2004 citada por Arango y Ruiz 2018

Tomando en cuenta los registros anteriores, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, para ambos sexos, muchos de los factores comparados con la mala alimentación marcan la validez de este dato y más que empieza a verse desde la adultez temprana, lo cual obligaría a establecer en forma prioritaria, estrategias sobre promoción y prevención en esta área.

Otro dato que nos arroja la tabla 1, sobre la salud de los hombres, en un porcentaje ligeramente mayor, es percibida como excelente o muy buena; por el contrario el sexo

femenino tiene porcentajes mayores en las alternativas de regular y malo. Por edad, la percepción de una salud excelente se ve en los jóvenes y empieza a disminuir en cada uno de los siguientes grupos; la alternativa regular empieza a ser señalada en un porcentaje mayor del 30%, a partir de los 50, y se va incrementando paulatinamente. Los mayores porcentajes de la alternativa mala están en los grupos mayores de 80 años.

Salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (Arango y Ruiz 2018, Pág.10), el paso a de la adultez a la etapa de adulto mayor, trae consigo inevitablemente un aumento de enfermedades o deterioros a nivel cognitivo, como lo son las demencias y la depresión, siendo considerada esta última el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro.

Según Arango y Ruiz (2018) los estudios sobre salud mental realizados en el país no son muy buenos en los adultos mayores, pues se tomó una población hasta los 65 años, la depresión ha sido reconocida como una de las patologías mentales más frecuentes en la vejez, muchas veces no es tratada, ni reconocida como tal ya que muchos puntos de vista sobre el tema van desde opiniones negativas propias llevadas por sus vivencias hasta aspectos de abandono y maltrato los cuales hacen que se vea más como un proceso tanatológico y no positivo. En la población general cumple un 4%, predominando en el sexo femenino, en los estratos sociales bajos y escaso nivel académico en los hombres se producen un 5% en los mismos estratos colocándose como zonas de mayor riesgo como Antioquia, Bogotá, Caldas, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Santander. Para los mayores de 60 años, la prevalencia puede ser tan alta como del 25.2%, haciendo que la depresión sea una de las más importantes a tratar.

Como segunda causa predominante en Colombia se encuentra la salud visual, que

cumple un factor importante, ya que el último estudio dado por el DANE en el 2014 (Arango y Ruiz, 2018 Pág.11); este hace ver que tan eficiente o tan ineficiente se puede volver un adulto mayor, en la población de 50 años en adelante se encontró una prevalencia del 25% de personas con limitación visual, 2% con limitación visual severa y de 3% ciegos. La prevalencia general de cataratas en al menos un ojo, en todo el país, fue del 41%, con cataratas bilaterales en el 37% de los casos. Aunque no se precisa el nivel visual correspondiente a cada caso. El 31% no se había operado aduciendo problemas de salud general y el 8%, argumentó factores relacionados con los servicios de salud. Por millón de habitantes, se podían encontrar 3000 ciegos por catarata y 600 casos nuevos por año. En alrededor del 3% se encontró pseudofaquia y en un 1% adicional, afaquia. A pesar de las cifras tan altas, la tasa de cobertura quirúrgica de catarata, para ese momento, era solo del 16,32% para la población general. No existen datos oficiales para otras causas de alteración visual en los adultos mayores, tales como glaucoma, retinopatía diabética y degeneración macular relacionada con la edad.

Estos datos demuestran la funcionalidad o la capacidad, que tiene un individuo, para realizar sus actividades básicas de forma independiente, tomando en cuenta lo anterior podemos ver que el adulto mayor en Colombia tiene un gran problema a la hora de volverse independiente, muchos de ellos están referenciados a tener un punto de ayuda por los diferentes déficits tanto físicos como mentales, impidiendo que la vejez sea una etapa la cual sea provechosa para los adultos mayores, mostrando así sus limitaciones, sin importar la edad o frecuencia que se padezca, las que llevarían a un individuo a ser persona con discapacidad.

El diagnóstico sobre envejecimiento y vejez se enmarca en el contexto nacional y se constituye en el fundamento de la política social, sin embargo cabe anotar que en algunas áreas la información no es suficiente ni fijas los datos que podamos tener, las bases actuales que deben de ser total importancia es el manejo positivamente de esta etapa delante del gobierno nacional y antes que trabajen o enfoquen este desarrollo en pro del adulto mayor.

Otro punto antes de finalizar, son los estudios sobre los aspectos ocurridos en el paso de las etapas vitales como golpes o lesiones que se generaron en la adolescencia y durante la adultez temprana, normas de hábitos negativos que posiblemente tendrían repercusiones en todos los aspectos de las enfermedades en la tercera edad; tales como tomar, fumar, hábitos irresponsables sobre consumo de comidas y todos aquellos aspectos que tengan repercusiones dañinas en la etapa del ciclo vital.

Millán (2010 citado por la OMS. 2015) asegura que también intervienen aspectos de género, ya que algunos estudios en España demuestran que las mujeres viven siete años más que los hombres creando así un estudio importante de las probabilidades de las edades, también se han demarcado que las mujeres son más adecuadas a cada uno de los cambios que se presentan en el envejecimiento resaltando actitudes positivas tanto a la hora de enfrentar el fallecimiento de su cónyuge como al afrontamiento de las enfermedades y sus posibles terapias.

Factores sociales.

En Colombia desde los principios del siglo XX, según el ministerio de salud y protección social (2013), en Colombia se dieron grandes cambios demográficos y socioeconómicos producto del proceso de urbanización paralelo a la industrialización en los años treinta, el crecimiento del sector terciario de la economía correspondiente al desarrollo del sector servicios y de la pequeña empresa que contribuyó al incremento del empleo total, haciendo que poblados que fueran distantes o que en algunos consensos fueran atribuidos como estadísticas, han podido entrar modernamente a cada una de las zonas de evolución urbana dentro del país, proyectando mejores avances en modelos de intervención,

educación y modelos de proyección por parte del gobierno; teniendo la prioridad que se merece.

Estos cambios demográficos registrados en Colombia son similares a los observados en el conjunto de la región latinoamericana, donde se observan incrementos constantes en el crecimiento de las generaciones, el ministerio de salud nacional (2013), confirmo que la población adulta representaba entrando en el siglo XX un 5,3% entre las edades de los 70 a los 80; para el periodo 2010-2015, se calcula una tasa de 6.7% es decir un crecimiento del 10 % en la población adulta resaltando la disminución de mortalidad, y el aumento en la esperanza de vida alarmando los indicadores de desarrollo social, esto habla representativamente de los criterios de dependencia económica y social por edad, los datos permiten apreciar cómo durante estos años se ha modificado la estructura de la población del país, evaluando el nuevo termino de envejecimiento progresivo.

La cobertura de salud.

Actualmente en Colombia hay un importante déficit de personal médico dedicado a atender a los adultos mayores. Si bien desde 1.982 hasta la actualidad se han formado 2.000 gerontólogos en Colombia, de estos hay 4% en actividad (E. Arango, R. Victoria & I. Ruiz S.F). Pero este panorama se denomina más desafiante debido a que nueve de cada diez médicos que se formaron como profesionales, no fueron instruidos correctamente sobre el cuidado o manejo que se debe tener con los adultos mayores, además, se debe tener en cuenta que en la dinámica global la población mayor también va en aumento, podemos demarcar que esto no apoya en nada el envejecer en Colombia.

Según Osorio M. (2016) en su artículo de El Tiempo, “Estamos envejeciendo más rápido de lo que el Dane había previsto”, Diego Roselli, (citado por Osorio M 2016)

director de este estudio, publicado por la Universidad Javeriana; afirmo que el sistema de salud atendió este año a 1'519.333 personas, un 13% más de lo pronosticado; es decir que el adulto mayor, va en un crecimiento como lo anteriormente planteado del 10%, dando una cifra de alerta sobre el sistema médico y sus operarios.

Este desfase en las cifras tiene un impacto particularmente preocupante en el sistema de salud, dice Roselli (citado por Osorio 2016), pues según su estudio, esa población es la que más frecuenta el sistema de salud, pues al entrar en esta etapa los síntomas orgánicos de toda una vida se presentan con sus múltiples secuelas, esto lleva a un promedio de 17% de adultos atendidos entre exámenes, hospitalizaciones y consultas por año en el régimen de salud; de igual forma, los adultos mayores de 80 años son los más hospitalizados, con un 19% de todos los atendidos.

Por otra parte, en el 2015, nace el proyecto “Misión Colombia Envejece”, el cual ayuda y vigila todos los regímenes subsidiados sobre los adultos mayores, bajando la tasa de pobreza de adultos mayores de 65 años en Colombia, la cual era de 44,7 %, ayudando con subsidios, cajas de protección y modelos de intervención a nivel nacional, cubriendo los planes psicológicos, sociales, y físicos que se presentan en la tercera edad; esto como forma de apoyo a la salud en nuestro país.

La edad para pensionarse en Colombia podría aumentar.

Otros de los defectos sociales en el adulto mayor y especialmente en el régimen colombiano, son los altos niveles de edad a la hora de pensionarse, según un documento de la Fundación Saldarriaga Concha, denominado: “La situación pensional de los adultos mayores en Colombia”, de acuerdo con cifras publicadas, es preocupante, en el estudio ‘Misión Colombia envejece’, la cobertura pensional para adultos mayores de 60 años en el

2013 era del 31 %, dejando a por lo menos dos de cada tres colombianos adultos mayores sin ésta, creando así un deterioro económico en el sistema de actividad del adulto mayor, ya que al no tener una pensión fija o no poder desarrollar una actividad económica estable, crean un flujo de pobreza y de deterioro en casi el 5% de los adultos mayores en Colombia (Arango & Ruiz, 2018).

No obstante, la pastoral social y otras entidades no gubernamentales ayudan, apoyan y protegen al adulto mayor para su proactividad, como lo son, los insumos básicos (ropa, alimentación, útiles de aseo, entre otros), las estructuras recreativas, ocupación en el tiempo libre y la creación de actividades funcionales y de alto impacto para llamar la atención de la población mejorando la calidad de vida de cada uno de los adultos mayores.

Algunas soluciones que han demostrado los estudios demográficos en los procesos gerontológicos, demarcan nuevas aplicaciones y métodos de jubilación; las cuales están siendo implementadas en países como Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos como Alemania, España, Suecia, Portugal; los cuales tienen nuevas políticas de jubilación y envejecimiento que favorecen en todos los aspectos creativos, familiares, sociales y desarrollo al pro del envejecimiento.

Factores emocionales.

Millán (2010) certifica que uno de los aspectos del afrontamiento a esta etapa es la recurrencia positiva a cada uno de los hechos vividos, manifestando los estados eufóricos y factibles de lo que es nuestro paso por la vida, de esta manera, el autor hace referencia a las experiencias tanto positivas como negativas influyen los aspectos cognitivos a la hora de entrar al proceso tanatológico. De esta manera, se crean las edades emocionales, las cuales son: cronológicas, biológicas, psicológicas y sociales.

Edad cronológica.

Esta edad es representada por nuestra fecha de nacimiento y nuestra fecha de defunción.

Edad biológica.

Es el aspecto motivacional relacionado con el envejecimiento ya que algunas personas envejecen más rápido que otras dependiendo de sus vivencias o factores que interfieran en cada uno de sus estados mentales.

Edad psicológica.

Este se va desarrollado por las creencias y etapas de autodesarrollo u autoconocimiento que se van afrontando a medida que va cambiando de etapas en los ciclos vitales, eliminando algunos rasgos que a futuro se van a hacer adecuar a los diferentes periodos de la vida.

Edad social.

Demarcada por el afrontamiento y desarrollo de roles en la interacción con la sociedad o con el ambiente, resaltando la jubilación como etapa social de los más drásticos cambios emocionales por factores laborales y económicos; mostrando la forma de interactuar con ellos mismos como con los cambios a venir.

Según esto, la gerontología es una rama que se dedica a diagnosticar y a estudiar cada uno de los aspectos anteriormente mostrados; creando así la forma de promoción y

prevención de los porvenires en un futuro. Por ello la demarcación de la psicogerontología a la hora de crear métodos y dinámicas que ayuden a la reducción de los daños que se puedan presentar en cada una de estas etapas.

La psicogerontología nos da los métodos y herramientas que nos ayudan a verificar y a estimar cada uno de los procesos cognitivos de la etapa vital desmitigando y quitando prejuicios, acerca de la sexualidad como las teorías del desapego, de regresión, homologación de enfermedades o senilidad, incapacidades para el cambio o el aprendizaje y la improductividad. Así entonces esta rama trata de incorporar cada una de estas teorías, demostrando los errores que se tienen a la hora de intervenir en la etapa vital delimitando la vejez como un factor que no cambia en la psiquis del individuo sino en el cambio de funcionamiento psicológico de cada persona.

Teniendo en cuenta todo lo ya mencionado nos dirigiremos a las dos facetas del cambio al envejecimiento, el cual Millán (2010) y Pérez, Oropesa, López, & Colunga (2014 página 2) denominan *envejecimiento positivo* y *envejecimiento normal o patológico revisando la prevención y sus factores de riesgo*.

Este envejecimiento se destaca como una oposición a los procesos psíquicos que se oponen al cambio (Zarebski, citado por Millán. 2010) creando una desfragmentación con el yo, al encuentro con el reflejo de su propia vejez y la retrospección de su yo pasado; creando un conflicto interno y emocional con el proceso de longevidad que fractura toda la corriente psíquica del sujeto desequilibrando aspectos pasados como estableciendo miedos a un futuro incierto; instaurando un proceso nostálgico que no permitirá el desarrollo de esta etapa. Según los autores, la nostalgia representa un estado de afrontamiento a la pérdida este estado es mal conllevado al “lo que pudo ser y lo que será” creando un conflicto como se mencionaba anteriormente.

Según Cioran (citado por Millán. 2010), plantea que la nostalgia es el mal proceso de la difusión de los aspectos ya vividos, no es un estado de pérdida total, es un pensamiento recurrente y cambiante de cómo pudo ser y como se pudo mejorar; desarrollando una serie de sintomatologías como tristeza, dolor, malestares que se somatizan a lo largo de la vida, teniendo en cuenta que, éstas se presentan en los adultos mayores y en algunas enfermedades, como la depresión juvenil los duelos y algunas etapas de interacción al cambio. Así entonces esta sintomatología es la base principal de toda la psicogerontología, denominándola como envejecimiento normal o patológico, puesto que al envejecer con este estado desvía la focalización de las metas o métodos de cambio creando un perfil frágil a la vida cotidiana.

Teniendo en cuenta esto, el envejecimiento normal es el desarrollo negativo o frágil de un Yo con su inconsistente, cambiando a pasos a lo que se le llama patologías psicológicas, por el contrario, el envejecimiento saludable es la flexibilidad que existe entre el pasado y el futuro creando un aprendizaje de lo ya vivido con las vivencias a futuro; mejorando la aceptación de la metamorfosis de la última etapa del ciclo vital e implementando anticipaciones progresivas a la hora de envejecer.

Estas características demarcan reconstrucciones positivas de los roles que un adulto mayor puede desarrollar en la sociedad, dando posibilidades y oportunidades a la hora de hablar de que llamamos jubilación; focalizando la vejez como una etapa dinámica del transcurso de su vida, dando el emprendimiento como una base a un Yo a realizar. Pero para poder hablar de un envejecimiento positivo o activo debemos enmarcar las características que forman este tipo de personalidad especificada por Pérez, Oropesa, López, & Colunga (2014 página 7) las cuales son:

Carencia de vínculos tempranos (círculos familiares, sociales, sentimentales, etc.).

Modelos patológicos de apego afrontamiento a las pérdidas (objetos familiares y muertes).

Sucesos traumáticos (accidentes, muertes tempranas, etc.).

Escases de redes de apoyo.

Sentido de vida.

Pensamientos de todo o nada.

Un pobre recurso lúdico imaginario de lo simbólico y la emoción.

Desnutrición emocional.

Estas vivencias demarcan las barreras de afrontamiento al conflicto marcándolas como puntos bases de investigación e interacción a la hora de trabajar con adultos mayores puesto que, estos puntos son los que van a dar una base de que tan preparado se está para esta etapa. Pero estos puntos se toman desde todos los aspectos de la vida del sujeto creando en si lo que es un modelo de intervención en la psicogerontología, pudiendo trabajar en programas de intervención psicosocial; los cuales se desarrollan como espacios de fortalecimiento en la comunicación, la solidaridad, trabajo en equipo, las relaciones interpersonales que se puedan asistir en la jubilación.

Por lo cual se entra a hablar de lo que es el concepto integrador o carácter multidimensional a todos los objetivos y componentes de los planes a desarrollar para el trabajo con adultos mayores, por eso entrar a lo que es la calidad de vejez; “la OMS (s.f.) define la calidad de vida como la percepción del individuo con su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de los valores en los cuales vive con relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”

La calidad de vida según (Martinez H., Mitchell M. & Aguirre C., 2013) está relacionada con la autonomía e independencia que tiene el sujeto con el ambiente; demostrando que las personas con una actividad antes y después de la jubilación tienen un mejor desarrollo a la hora de envejecer tanto mental como físico. Para poder medir estas diferencias se tienen que medir las variables tanto de antes como del ahora en cada uno de los institutos que trabajan en pro de los adultos mayores, por lo cual se debe estudiar los niveles de dependencia e independencia de los octogenarios.

Cada uno de estos factores cambian las formas de ver cada una de las etapas que afectan al adulto mayor y más cuando se habla de internamiento en un instituto o casa especializada para la tercera edad.

Adulto mayor institucionalizado.

Para poder adentrarse en el ámbito de las instituciones residenciales es necesario partir de una definición adecuada del término.

"Son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal" (Gonzales, 2014 Pag 14-16) Los objetivos de un centro residencial deben ser responder a las necesidades de los residentes desde una perspectiva biopsicosocial, planteando fundamentalmente la consecución de la autonomía del individuo, favoreciendo en muchos puntos los estilos de vida, en especial de aquellos que requieren un nivel de cuidados especial determinando como meta mejorar la calidad de vida y el desarrollo integral del residente, fomentando su autoestima y participación en la vida del centro.

Para poder hablar sobre este tipo de prestaciones señalaremos que las instituciones son una integración de bienes y servicios que van dirigidos como una subcultura propia, señalando sus reglas, límites y estructuras de integración como propias, derogando que sus

miembros deben aceptar por orden de un superior (Gonzalez., 2014 Pág. 18) en el caso de las residencias, se puede aplicar a la obligación de los residentes a adaptarse a las reglas estipuladas, implicando esa situación la desvinculación de del individuo de su vida pasada, de sus hábitos y rutinas, teniendo que adaptarse a horarios preestablecidos, menús específicos, control en las salidas, estructuración del tiempo para las diversas actividades y acciones, contribuye por tanto a una convivencia burocratizada alejada del ideal de "Hogar".

Por otro lado, encontramos la pérdida de intimidad del individuo en cuanto a que se plantea una convivencia en la que se comparten espacios comunes, y no en menor medida espacios privados como las habitaciones, donde el adulto mayor tendrá que compartir dormitorio o baño con alguna persona que no conoce y a la que no le une ningún vínculo de relación. Esto genera en muchos individuos espasmos psicológicos, creando diferentes aversiones a la integración de espacios de este nivel, claramente vale señalar, que en muchos aspectos, el ser humano no está dispuesto a dejar su zona de confort por diferentes beneficios que se le otorguen.

Tomando en cuenta lo anterior, los cambios bruscos y la falta de privacidad, crean de manera directamente proporcional efectos en los adultos mayores que son claros y diversos, en el condicionamiento cognitivo en muchos en ellos creando así etapas previas a la depresión como lo son: (Martínez, J.M., Martín, S., Bohórquez, A. y Gómez 2002 citado por M. Gonzales., 2014 Pag 14-16)

El concepto de persona al afrontamiento a esta etapa afectada en gran medida su autoestima.

Disminuye la capacidad de adaptación, principalmente debido a que desaparecen los roles anterior meten ejercidos

Los contactos sociales y las actividades cotidianas disminuyen drásticamente.

Si la institucionalización ocurre de forma brusca, a menudo surgirán conflictos y pérdida de orientación temporal y espacial.

La mayor parte de los asilos o casas-hogar no cuentan con la estimulación apropiada en el ambiente, lo cual propicia la anomia.

Abunda la falta de privacidad y las paredes blancas de algunos establecimientos resultan monótonas y pobres en estimulación visual.

Pierden el control sobre el medio, ya que las instituciones han sido diseñadas para ser controladas por su propio personal y no por los ancianos.

Algunos autores como Barenys (citado por M. Gonzales., 2014 Pág. 20) plantean que el trato impuesto por un reglamento sin el consentimiento ni el acuerdo de los individuos que residen en una determinada institución, se consideran humillantes en la medida en que se toman decisiones siempre en virtud de la seguridad del mayor, eliminando su capacidad de autonomía, derechos de libertad, autodeterminación y autosuficiencia, limitan al individuo de tal forma que se interiorice su "Status" de persona disminuye, en base a la excesiva protección ejercida, causando el malestar o miedo que se proyecta cada vez que se habla sobre un institución de este nivel y en algunos casos la rechazo del control ante las normas establecidas, también pueden generar en el individuo situaciones de ansiedad, apatía, y sentimientos de incompetencia e inutilidad.

Todos esos factores afectan a la población, creando diferentes tipos de perfiles que se pueden presentar en adulto mayor institucionalizados, identificándolos como: (Martínez, J.M., Martín, S., Bohórquez, A. y Gómez, P. 2002)

“Población Autónoma sin condicionantes”

“Población frágil”

“Población con discapacidad física leve, moderada o grave”

“Población con discapacidad psíquica leve, moderada o grave”

“Población con síndromes geriátricos (caídas, úlceras, inmovilismo, etc.)”

“Población con condicionantes sociofamiliares”

“Población de independientes que ingresan con un familiar discapacitado”

Con base a que los diferentes planteamientos ligados sobre el tema de la institucionalización, se generan dudas razonables a la hora de tomar la decisión de asumir la residencia como el mejor servicio posible para la cobertura de las necesidades de nuestros mayores, se plantean algunos aspectos necesarios a tener en cuenta para conseguir minimizar los efectos negativos del proceso. Por lo cual para poder hablar de un fenómeno casi actual señalaremos la importancia de la desesperanza aprendida y su vínculo con el envejecimiento.

Teoría de la indefensión aprendida.

La etapa de la vejez implica muchos cambios, que a su vez modifican las formas de percibir cada una de las etapas que afectan al adulto mayor y lo vuelven cada vez más propenso a bajar su autoestima, disminuir la capacidad de adaptación, su vida social se reduce drásticamente, y surgen una serie de conflictos al afrontarse a esta etapa. Por lo cual para poder hablar de estos fenómenos que se producen, señalaremos la importancia de la desesperanza aprendida y su vínculo con el envejecimiento y cada una de estas etapas.

Debido a factores como la cotidianidad en la vida de los adultos mayores, se ha cambiado el pensamiento de estos; el hecho de hacer y observar lo mismo genera que crezcan conductas como el pesimismo, la desesperanza y patologías sociales. Cabe resaltar que el estudio de la desesperanza ha sido asociado a diversos modelos del riesgo suicida; de ahí surge la importancia de caracterizar este fenómeno y establecer aspectos que permitan explicar el comportamiento de las variables que lo integran resulta ser de gran importancia (González & Hernández, 2012. Pág. 2).

La teoría de la desesperanza aprendida es uno de los conceptos psicológicos más importantes en los últimos años, este muestra un estado en el que el individuo no emite respuestas para evitar la estimulación repulsiva, esto se debe a que no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape, o bien porque le es imposible escapar; resaltando que esta estimulación en exceso en algunos casos puede generar un déficit en la actividad motora del organismo y llevar a la muerte o causar daños irreparables (González & Hernández, 2012. Pág. 3).

Desde el ámbito psicológico, dicha estimulación puede producir que los adultos mayores pierdan la motivación y la esperanza de lograr sus metas, esta se vuelve completamente una renuncia a todas las cosas que alguna vez los incentivaron; cabe resaltar que el significado de desesperanza está muy lejos de ser decepción o desesperación, la decepción es la percepción de una expectativa defraudada, y la desesperación es la pérdida de la paciencia y de la paz. En cambio la desesperanza, por su parte, es la percepción de una imposibilidad de lograr cualquier cosa, es la idea de que no hay nada que hacer, ni ahora ni nunca, lo que obliga a las personas a plantearse una resignación forzada y el abandono de la ambición y del sueño, siendo justamente ese sentido absolutista lo que la hace aparecer como un estado perjudicial que puede tener grandes repercusiones en la salud mental y física (González & Hernández, 2012. Pág. 3).

Para Quintanilla, Haro, Flores, Celis y Valencia (2003. Citado por González & Hernández. Pág. 4) la desesperanza es un estado anímico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de manera tal que condiciona u orienta la conducta del individuo sobre qué hacer. Se debe tener en cuenta que al ser el resultado de un estado dinámico debido a circunstancias determinadas, este está sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo.

Cuando las personas no logran alcanzar el logro existencial, se origina una frustración que se asocia a la desesperanza la cual se caracteriza por la duda sobre el sentido mismo de la vida y por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de hastío, también en la percepción de falta de control sobre la propia vida y en la carencia de metas. La desesperanza que se produce por una causa existencial puede enfatizar el riesgo suicida, siendo más riesgosa en sujetos cuyas condiciones personales de salud física, social y económica son favorables, y que en muchos casos experimentaron el logro mismo del sentido vital (Frankl, 2001. Citado por González & Hernández. Pág. 5).

Los cambios físicos, biológicos, sociales, y psicológicos a los que se enfrentan los adultos al entrar en la etapa de la vejez, a su vez producen fenómenos psicológicos como la desesperanza aprendida, de la cual se habló anteriormente; pero también existe otra anomalía como es la indefensión aprendida, esta hace referencia al estado psicológico que puede ocasionarse cuando el individuo no puede controlar ni predecir los acontecimientos que configuran su vida, y como consecuencia del este se originan una serie de perturbaciones motivacionales, cognitivas y emocionales que afectan a todo su comportamiento; cabe resaltar que se debe a la falta de Empowerment (potenciación o empoderamiento que es el hecho de delegar poder y autoridad a los subordinados y de conferirles el sentimiento de que son dueños de su propio trabajo) entendido en su dimensión individual (Díaz, Martínez, Martín & Álvarez, 2004. Pág. 2).

Este modelo ha sido clave para la explicación de los trastornos que con frecuencia originan el fracaso, el desempleo, la victimización, la depresión y el suicidio (Luchow, Crowl, Jeffrey y Kahn, 1985; Alloy, Abramson & Kossman, 1985. Citado por Díaz, Martínez, Martín & Álvarez. Pág. 2), por lo tanto se ha vuelto más importante el estudio y tratamiento de este fenómeno, ya que para las personas de la tercera edad se vuelve normal vivir con desesperanza e indefensión aprendida, ya esto se ha vuelto parte de su diario vivir, resaltando que se conoce desde hace tiempo la relación entre acontecimientos no

controlables y enfermedad, y que gracias a ello se observa que con dichos acontecimientos se produce un claro aumento en la morbilidad y mortalidad.

Existen muchos factores que incrementan el hecho de sentirse desesperanzados o indefensos en los adultos mayores, como es el perder el control de sus recursos económicos y culturales, la dependencia a la que se tienen que someter debido a su fragilidad, la disminución de la adaptación a los cambios; provocando apatía, indiferencia, derrotismo y depresión. La indefensión aprendida también puede ser entendida como uno de los más importantes mediadores psicológicos que reduce la prolongación de la desigualdad de oportunidades, consecuentemente superándola principalmente para avanzar a la construcción de una mejor sociedad, más justa y equitativa (Díaz-Aguado, Segura, Martínez Arias et al, 1996. Citado por Díaz, Martínez, Martín & Álvarez. Pág. 2).

Según la teoría de Erikson (integración vs desesperación), el ser humano pasa por ocho crisis que corresponden con los cambios de la etapa vital; en la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (integración); resaltando que si no se produce esa aceptación, se llega a la desesperación y surgen una serie de conflictos internos durante los cuales los adultos mayores se encontrarán frustrados y en muchos casos confundidos. Aunque Peck en su teoría afirma que el ser humano pasa por tres crisis al entrar a la etapa de la vejez, es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia; cabe destacar la importancia de recibir apoyo emocional, instrumental, de estima, informativo y compañía social; para que la vida de los octogenarios no se vuelva monótona y aburrida dentro de su percepción (K Hermosa. 2017, Pág. 7).

La compañía social se vuelve algo muy importante en la vida de cualquier ser humano, pero al entrar en la etapa de la vejez el apoyo social se hace indispensable y en muchos casos se transforma:

Los lazos familiares son uno de los principales vínculos sociales que se tienen, ya sea la pareja y los hijos.

En las mujeres, principalmente, también se mantienen las relaciones vecinales de toda la vida.

Aparece el rol de abuelo/a, en donde dicha relación va cambiando y dejando de ser una ayuda a ser una carga familiar.

Se pierden vínculos, como los compañeros de trabajo; también fallecen amistades de toda la vida, vecinos, familiares; pero se pueden ganar otros muchos dependiendo de la actitud que adopte la persona ante su nueva situación.

Capítulo II. Adaptación Psicológica.

Los diferentes niveles de presión social, económica, laboral, o emocional a los que se encuentran sometidos los adultos mayores pueden facilitar o de igual manera dificultar aspectos de adaptación con el medio o la sociedad en general, cabe resaltar que en este punto es importante analizar cada uno de los factores que esta desencadenando dicha problemática con el fin de mejorar la situación.

En la actualidad estos factores (económicos, laborales, emocionales o sociales) se pueden analizar por medio de niveles, es decir, que con base en el nivel en que se encuentren los adultos mayores de dificultad de adaptación, se realizará un trabajo con el fin de mejorar dicho problema, facilitando su sociabilidad a cada uno de los cambios a los cuales se debe enfrentar, respetando cada una de sus demandas y condiciones.

Cabe resaltar la importancia de familiares y amigos durante la etapa de la vejez, debido a que muchas personas resultan no estar preparadas para entrar a dicho ciclo y en algunos casos prefieren poner resistencia, esto en muchos casos perjudica las relaciones interpersonales que sostienen los adultos mayores, por eso es importante la preparación para esta etapa con el fin de prevenir posibles reacciones negativas.

Por lo cual se empieza a hablar sobre que es la adaptación psicológica según (Estrada. M., 2008) citando a Vidal (2000) refiere que la adaptación es un proceso activo en el cual el individuo interacciona con el ambiente para la satisfacción de sus necesidades y metas, involucrando la organización de comportamientos y respuestas a los diferentes factores circunstanciales.

“La adaptación se puede ver como un logro que se da de forma positiva o negativa. Es posible comparar individuos en términos de su inadaptación y se puede considerar que tan cómoda se siente la persona psicológicamente, la efectividad de su funcionamiento en términos de habilidades o desempeño intelectual, la presencia o ausencia de algún síntoma psicológico de tensión y el grado en el cual su comportamiento es deseable o indeseable socialmente”. Estrada. M. (2008) refiriendo a (Lazarus, 1961) dice que: (pág. 8.)

Tomando en cuenta lo anterior se puede señalar que el proceso adaptativo depende influenciadamente de la correlación del individuo con lo que lo rodea, señalando que su respuesta es la que se crea favorable o no favorable al cambio de los procesos presentes en el ciclo vital. Así mismo existen evidencias de la relación entre las actividades de la vida diaria y el envejecimiento exitoso, pues bien, el adulto mayor al realizar diferentes actividades se verá propenso a un mejor ajuste de su comportamiento a plenitud de los cambios del paso del tiempo (Acosta. C., 2011).

Dicha adaptación es el reflejo de un mecanismo que se crea en las actividades de la vida diaria, lo cual se puede dar de manera controlada o automática en cada una de las

etapas del ciclo vital, el estrés juega un papel muy importante dentro del proceso de adaptación psicológica en el adulto mayor, pues a mayor estrés, menor será la capacidad de adaptación psicológica y a menor estrés, mayor la capacidad adaptación psicológica a situaciones cotidianas y realización de las actividades de la vida diaria. Partiendo de esto, existen diferentes factores de afrontamiento en la vejez, capaces de reducir el nivel de estrés en el adulto mayor, por lo cual hace de la adaptación psicológica un proceso más tolerable para ellos.

Factores de Afrontamiento a la Vejez.

Estos modelos van cambiando con el paso del tiempo, hoy en día se tienen en cuenta diferentes tipos, tanto de teorías como de modelos a la hora de hablar del afrontamiento y adaptación a la vejez.

Factor de adaptación según el género.

En la actualidad los diferentes estudios de género han comprobado varias direcciones en el afrontamiento al envejecimiento, para Rose y Rudolph (citado por Rodríguez, Galán, Satorres & Blasco, 2015 Pág. 1) el género es un factor predominante a la hora de ver los niveles de adaptabilidad, ya que este indica que incluso en etapas tempranas del desarrollo, los hombres y mujeres no se enfrentan del mismo modo a las dificultades que se van presentando. Los hombres se adecuan menos a los cambios adaptativos que en las mujeres, señalando que el género femenino es más conciso sobre las responsabilidades que tiene esta etapa, evolucionando a las diferentes problemáticas que presenta la tercera edad.

Según Tamres, Janicki y Helgeson (citado por Rodríguez, Galán, Satorres & Blasco, 2015 Pág. 1), los diferentes formas de afrontamiento son notables, por lo menos en los hombres, generalmente se esquiva el enfrentamiento del problema, desfavoreciendo la interacción interna del adulto mayor, con esta etapa del ciclo vital, mientras que las mujeres responden de un modo más emocional a las situaciones estresantes y se apoyan en los círculos familiares o actividades que la llevan a un proceso de evolución adaptativa en el transcurso de la tercera edad.

De esta manera se puede Demostrar que en las diferentes interpretaciones los hombres no se adecuan más al cambio, modificando sus actitudes negativamente a los sucesos creados por la tercera edad, generando dificultades de internación e intervención de estas problemáticas, mientras la creación de nuevas redes de apoyo en mujeres se ve generalmente de una manera positiva, en aspectos tanto cognitivos como emocionales y más cuando se habla sobre inclusión en asilos o casas de reposo, viéndose reflejada la adaptación psicológica de los hombres y las mujeres de manera diferente, pero ambos encaminadas a un mismo objetivo que es el ajuste hacia el funcionamiento activo en la realización de las actividades de la vida diaria.

Factor de adaptación según el nivel académico.

Según (Rodríguez, Galan, & Blasco, 2015) citando a Birren (1994) refiere que, el nivel de escolaridad ayuda a maximizar y conservar todos los recursos y las tomas de decisiones, proporcionando claves necesarias para lo que es la adaptación a lo largo de la vida, demostrando que el tipo de personas con un nivel alto de escolaridad son más efectivas en su vida cotidiana, señalando que no tan solo buscan información sino que la aprenden y discuten en pro de un aprendizaje adaptativo.

Por lo tanto, el adulto mayor con mejor escolaridad se verá influenciado a realizar actividades de la vida diaria con más satisfacción gracias a su estructura cognitiva, pues tiende a cumplir unos estándares enfocados más al intelecto y el bienestar. Por lo que respecta al nivel económico las personas que no cumplen con los niveles de escolaridad altos son más propensos a tener declives económicos en todo el transcurso de su vida, desfavoreciendo aspectos como el de la salud y menos eficaces en las metas de autorrealización, desvirtuándolos a la hora de señalarlos como pocos preparados para cada una de las etapas del ciclo vital. (Rodríguez, Galan, & Blasco, 2015)

Factor de adaptación según el nivel económico.

A diferencia del nivel académico que puedan presentar los adultos mayores en cuanto a su adaptación psicológica en las actividades de la vida diaria, se toma como referente el nivel económico donde, las personas mayores que no tengan suficientes ingresos garantizados pueden declinar en factores como la salud y la independencia, considerándose de manera subjetiva como menos eficaces a la hora de enfrentarse a determinadas situaciones. (Rodríguez, Galan, & Blasco, 2015) citando a Holahan y Moos (1987).

Por lo tanto, el proceso de adaptación psicológica que se presenta en el adulto mayor difiere a los diferentes factores anteriormente mencionados, donde se ven influenciados por su género, nivel de educación y nivel económico, donde estos factores intervienen a la hora de selección y optimización de las actividades de la vida diaria.

Capítulo III. Psicología Positiva

La psicología positiva tomó fuerza en la primera década del siglo XXI, luego de la Segunda Guerra Mundial, la psicología se enfocó en entender el sufrimiento, problemas,

déficits psicológicos y clasificación de trastornos mentales; en cambio esta nueva rama fundamenta sus bases en la investigación científica de la felicidad. Y es así como comienzan a tomar interés temas como la creatividad, la curiosidad, apertura mental, el gusto por el aprendizaje, la capacidad de tomar en cuenta el punto de vista de los otros, la sabiduría, perseverancia, vitalidad, bondad, inteligencia social, justicia, equidad, liderazgo, trabajo en equipo, gratitud, humor, esperanza, apreciación de la belleza y destreza en los ámbitos de la vida (Lombardo, citado por Calcaterra. 2015 pág. 52).

Cuando se escucha el término psicología positiva claramente se deduce que solo se enfoca en los aspectos positivos, sin embargo, puede observarse que en estudios de afrontamiento adaptativo, resiliencia y crecimiento postraumático que esto no es así. Cabe resaltar que las emociones positivas son independientes completamente de las emociones negativas, esto quiere decir que lo que hace que unas se reduzcan no necesariamente hace que las otras aumenten; lo mismo que ocurre cuando hablamos de la enfermedad y la salud. (Vázquez, Castilla y Hervás; Keyes y Waterman, citado por Calcaterra. 2015 pág. 52 – 53).

Esta rama de la psicología nace para complementar a la psicología tradicional, esto no para minimizar la importancia de conocer los diferentes trastornos que padecen las personas, sino por el contrario intentar desarrollar fortalezas y recursos para alcanzar una calidad de vida deseable. Seligman sugirió que los temas de la Psicología Positiva pueden agruparse en tres grandes bloques que son el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos, el estudio de las organizaciones positivas y en el último año se le agregó relaciones positivas. Calcaterra. M. (2015).

La psicología positiva ha establecido por medio de investigaciones científicas que las emociones positivas contribuyen al desarrollo emocional de las personas, puesto que mejoran la capacidad para afrontar los problemas, aumentan la creatividad, la capacidad para resistir dolor, entre otras; en cambio las emociones negativas sirven para la supervivencia, como por ejemplo el aislamiento, pasividad. (Hervas. G., 2009). Todos estos factores en conjunto, proyectan una estabilidad al proceso de adaptación psicológica en el

ciclo vital, creando nuevas formas de resolución de conflicto más activas, aumentando las capacidades, físicas, mentales y sociales en la persona.

Tanto las emociones positivas como las negativas contribuyen al desarrollo de fortalezas que genera la psicología positiva, que se clasifica principalmente en seis partes que son: sabiduría, conocimiento, coraje, humanidad, justicia, contención y trascendencia; donde se evidencia un cambio en la positividad, las relaciones interpersonales, involucrando un flujo de conciencia que hará que la persona solo se enfoque en lo que realmente necesita, desarrollando así el sentido a la vida que se necesita para poder alcanzar cada una de sus metas. Calcaterra M. (2015).

Los adultos mayores denotan fragilidad en muchos aspectos sociales, culturales, laborales y económicos; debido a esto los diferentes estados o políticas del mundo han estructurado mejores garantías y beneficios con el fin de mejorar la adaptación de los adultos mayores durante este ciclo o proceso vital, para mejorar sobre todo el ámbito emocional o psicológico y de esta manera no se vean tan vulnerables y dependientes en su proceso de madurez.

Debido a que la vejez es una etapa del ciclo vital todas las personas deben preocuparse en prepararse psicológica y físicamente antes de llegar a esta etapa, por lo tanto es importante fortalecer vínculos, optimizar ideas y conocimientos, y mejorar o socializar las distintas experiencias que son adquiridas por las personas de la tercera edad con el paso de los años, con el fin de hacerlos sentir más útiles y activos. Calcaterra M. (2015).

Según (Domínguez R. 2017) la psicología positiva ha buscado desde sus inicios explorar que es lo que hace que la vida valga la pena para las personas, contribuyendo así a la construcción de las condiciones necesarias para vivir una vida plena para lograr un óptimo funcionamiento humano. Pero en este ámbito de la psicología la investigación se realiza de manera científica, enfocándose en la felicidad, el bienestar y el buen

funcionamiento en la vida de las personas; logrando establecer para los implicados una buena calidad de vida, acompañado de experiencias positivas.

Psicología Positiva y Vejez.

Según Calcaterra M. (2015), el trabajo teórico del campo de las emociones positivas es de interés debido a que, desde una perspectiva clásica, de raíz biologicista, se plantea como aspecto central de la vejez, el declive de las fortalezas físicas y psíquicas, y por lo tanto, la pérdida de aquellos rasgos y cualidades positivas que fueron fundamentales durante la vida juvenil y adulta. Dentro de esta corriente, el capital psíquico constituye un constructo que se define como el conjunto de potencialidades, capacidades cognitivas, emocionales vinculares, habilidades cívicas y sistema de valores que permiten generar fortalezas personales así como aprender a protegerse y sobrevivir.

El capital psíquico incluye aspectos como capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento, capacidades emocionales para desarrollar proyectos, habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana, capacidades para establecer vínculos interpersonales como inteligencia emocional, sistemas de valores como metas que orientan los comportamientos. Esto con el fin de motivar la creatividad, motivación y sabiduría; superando obstáculos como aislamiento, autoestima, persistencia, resiliencia (Calcaterra M. 2015); cabe resaltar que todo esto permitirá obtener una actitud positiva para enfrentarse a los diferentes retos que se les pueda presentar en su vida diaria.

Plantea (Calcaterra M. 2015), que se puede decir entonces que una persona a lo largo de su vida va construyendo ciertas reservas emocionales, cognitivas, sociales y morales para etapas de escasez; estas se pueden poner en prueba durante la etapa de la vejez, donde particularmente las personas viven momentos críticos intra e intersubjetivos, es donde interviene la psicología positiva junto con la psicogerontología en busca del bienestar psicológico para las personas de la tercera edad, resaltando que el bienestar psicológico tiene tres componentes básicos que son el afecto positivo, el afecto negativo y los juicios cognitivos sobre el bienestar, se destaca la importancia de la psicología positiva

en la vida de estas personas, ya que están más propensas a sufrir daños ya sean físicos, sociales o emocionales por su fragilidad, por lo tanto requieren una atención especial que busque su equilibrio funcional de manera que puedan adaptarse más fácilmente a la dependencia ya sea psicológica y física con la que deben vivir.

Se denomina bienestar al componente cognitivo de la satisfacción, el cual es el resultado de la evaluación cognitiva que las personas realizan acerca de cómo les fue o como les está yendo en el transcurso de vida. Lo que buscan principalmente las personas es su bienestar, por lo tanto este se convierte en una de sus prioridades que están a su vez determinadas por los objetivos vitales en el corto, mediano y largo plazo. Para Csikszentmihalyi (citado por Calcaterra. 2015) se basa fundamentalmente en las dimensiones hedónicas (el bienestar que evalúo afectiva y cognitivamente aquí y ahora) o eudemónicas (el sentido de la vida y su proyección en el futuro). Estar y sentirse bien con la vida es un estado psíquico y por lo tanto subjetivo relacionado con la felicidad, la cual se define de dos maneras distintas según sea la dimensión temporal en que tienda a contextualizarse.

Cabe resaltar que la psicología contribuye de manera significativa a la disminución del nivel de preocupación, y la presión arterial; en cambio incrementa los niveles de felicidad, y favorece al optimismo. El incremento del nivel de felicidad en personas mayores favorece la construcción de recursos personales y la implicación con objetivos y proyectos que les acercan al envejecimiento activo y saludable. Evidenciándose el desarrollo de las fortalezas asociadas al bienestar y al potencial humano, que puede verse como formas de comportarse, de pensar y de sentir que permiten un funcionamiento óptimo, lo que normalmente se experimenta en las vivencias positivas.

Desde esta perspectiva, se empezaron a plantear una serie de intervenciones en busca del desarrollo de las personas de la tercera edad, ya sea teniendo una buena calidad de vida, ser felices, estar saludables, ser productivos y sobretodo significativos. Este tipo de intervenciones, denominadas por Seligman, Rashid y Parks (citado por Jiménez, Izal & Montorio. 2016) «intervenciones positivas», son relativamente recientes y existe evidencia

de su eficacia para el incremento del bienestar subjetivo en muestras no clínicas, en personas mayores y en pacientes con depresión.

Además, reducen la tasa de recaídas y aumentan la tasa de remisión en muestra clínicas, son tan eficaces para la depresión como el tratamiento psicológico tradicional con o sin fármacos, consiguen que los pacientes alcancen niveles notables de bienestar y una gran adherencia terapéutica, esto por medio de que los participantes aprenden cómo afrontar las adversidades, involucrándose en conductas y actividades de disfrute en las que practican sus fortalezas (Jiménez, Izal & Montorio. 2016).

La evidencia indica que practicar fortalezas como la gratitud aporta flexibilidad, mejora del estado de ánimo y aumenta los recursos asociados a la promoción de la salud; la dinámica que subyace a las intervenciones basadas en las fortalezas es similar al principio de reestructuración cognitivo-conductual, ya que se dirige a modificar los pensamientos automáticos desadaptativos, reducir el afecto negativo y generar recursos emocionales que preservan el bienestar. La psicología positiva puede enriquecer la promoción del envejecimiento saludable al favorecer la adaptación a los cambios que ocurren en la vejez e impulsar experiencias emocionales positivas, rasgos positivos y el fomento de vínculos positivos; pero a pesar de ello se destaca que hay poco estudios en el ámbito de la vejez con respecto a la psicología positiva (Jiménez, Izal & Montorio. 2016).

Según Jiménez, Izal & Montorio (2016), el conocido meta-análisis de Sin y Lyubomirsky, que incluye 51 artículos de intervenciones basadas en la psicología positiva, tan solo recoge 3 estudios que incluyen personas mayores. Los programas para personas mayores con una perspectiva en la psicología positiva incluyen diferentes técnicas, entre las que destaca el trabajo con la memoria autobiográfica que produce mejoras en la autoestima y la satisfacción con la vida. Resaltando que el fomento de la gratitud juega un papel fundamental como componente de los programas más utilizados, y se ha comprobado que este permite un aumento del bienestar y la disminución significativa del estrés (Jiménez, Izal & Montorio. 2016).

La psicología positiva motiva a las personas de la tercera edad a definir proyectos personales, ya sea relacionado con el mantenimiento de la salud, de carácter social, lúdico, familiar o actividades de aprendizaje. El trabajo realizado en torno a la realización de actividades y el fomento de relaciones sociales se asoció a la búsqueda de significado de la propia vida, lo que Keyes (citado por Jiménez, Izal & Montorio. 2016); denomina «prosperidad psicológica de las personas mayores» o búsqueda personal de mejores estados de salud, mayor nivel de emociones positivas, compromiso con actividades sociales y mantenimiento de relaciones significativas.

Según Jiménez, Izal & Montorio (2016), es necesario continuar estudiando los mecanismos psicofisiológicos que subyacen la relación entre ambas variables, los datos dan indicios de la importancia de trabajar la regulación emocional y la promoción de emociones positivas como una vía no solo para incrementar el bienestar emocional, sino también para mejorar la salud física, como la presión arterial y demás enfermedades patológicas que padecen los adultos mayores; y cognitiva, como es la adaptación a la dependencia con la que deben vivir en esta nueva etapa de sus vidas (Bains et al., 2014).

También cabe reflexionar sobre la contribución de las intervenciones basadas en la psicología positiva a la psicogerontología; como Hill y Smith (citado por Jiménez, Izal & Montorio. 2016) señalan que las intervenciones dirigidas a un envejecimiento activo y saludable podrían ir más allá de los factores ambientales y las estrategias compensatorias que previenen los déficits. Las intervenciones que potencian el envejecimiento positivo buscan, a través de la aceptación, la gratitud, el perdón y el altruismo, que las personas mayores se adapten a sus circunstancias y preserven su bienestar emocional. Por su parte, Wong (citado por Jiménez, Izal & Montorio. 2016) agrega que personas mayores con altos niveles de bienestar tienen también una vida significativa, es decir, dan sentido y propósito a su existencia mediante recursos como la espiritualidad, que, con los recursos sociales y psicológicos, ayudan a enfrentarse a las adversidades aceptando y dando significado a sus experiencias.

En cuanto a las limitaciones de este modelo psicológico, debe destacarse que no se obtendrán los mismos resultados con todas las personas ya que unas pueden que se encuentren en un estado más frágil que otras; otro elemento a considerar es que, a pesar del auge de la psicología positiva y del desarrollo de instrumentos válidos y fiables en este campo (Lee Duckworth, Steen, & Seligman, citado por Jiménez, Izal & Montorio. 2016), aún son escasos los instrumentos de medición acordes y específicos para personas mayores. Con respecto a la implementación de este tipo de programas, cabe resaltar que irían acordes en los programas de promoción y prevención que están obligados a hacer las empresas de salud, este modelo genera resultados positivos tanto para los adultos mayores como para las personas que se encuentran a su alrededor, puesto que les facilita la adaptación a todos los cambios que pueden surgir con el paso del tiempo debido a todos los cambios físicos, biológicos y emocionales por lo que están atravesando.

Sin embargo, es importante el papel que juega la familia en esta etapa ya que se convierte en una ayuda infaltable para las personas de la tercera edad, estas estrategias que ofrece la psicología positiva le facilitan al adulto mayor la posibilidad de adecuarse a los cambios de manera más rápida, por medio del apoyo y el acompañamiento que necesitan para suplir sus requerimientos, como ya se ha mencionado, la adaptación física y psicológica a la que se deben enfrentar no es un factor agradable para estas personas, que suelen verse como autosuficientes en cualquier ámbito; por lo tanto esta fase no es bien recibida por ellos y más bien es despreciada y en algunos casos ignorada, es decir, que las personas de la tercera edad prefieren en caso tal hacer las cosas por sí mismos aunque se les dificulten.

Un beneficio transversal de la psicología positiva es que se desafía el estereotipo que considera la vejez como un periodo de tristeza y reconoce que las personas de edad avanzada tienen gran potencial de experimentar disfrute y niveles adecuados de felicidad y bienestar emocional. Los beneficios del programa podrían ser aún mayores para quienes requieran mejorar su estado emocional, ya sea por encontrarse en momentos de crisis o porque presenten disminución del estado de ánimo o estados de ansiedad elevada, aspecto que debería ser contrastado en un futuro (Jiménez, Izal & Montorio. 2016)

En estudios realizados por Calcaterra M. (2015), se destaca que el 90% de las personas involucradas desempeñaron un buen resultado en esta prueba. Pero en este estudio se recalca que en sitios como geriátricos o asilos, la situación de los adultos mayores no es de manera activa porque no tienen métodos como el de psicología positiva sino en cambio siguen regímenes de la psicología tradicional.

La psicología positiva favorece al desarrollo del ser humano en ámbitos como la aceptación de situaciones, quiere decir que tienen una sensación de control y de auto-competencia y pueden crear o manipular contextos para adecuarlos a sus propias necesidades o intereses; vínculos psicosociales, Aquí los sujetos que alcanzan puntuación alta confían en los demás y tienden a ser cálidos, es decir, que pueden establecer vínculos y tener capacidad afectiva y empática; autonomía, esta dimensión consiste en poder tomar decisiones de modo independiente como sujetos asertivos, ya que confían en su propio juicio; y por ultimo proyectos, donde se describe a los sujetos como personas que tienen metas y proyectos en la vida los cuales consideran que la vida tiene significado, y tienen valores que hacen que la vida tenga sentido (Calcaterra, 2015).

Se resalta que las personas tanto en grupos geriátricos como las personas mayores que viven en sus casas obtuvieron buenos resultados, aunque obviamente las personas que lo hicieron desde la comodidad de sus casas obtuvieron un poco mejor los resultados ya que ese tipo de personas aún se encuentran autónomos, por el hecho de que no viven con otra persona que les haga sus cosas. Se estableció que los adultos mayores del grupo geriátrico se encuentran en un estado de satisfacción, donde conviven con personas que les facilitan las labores mejorándoles esta etapa de vida (Calcaterra M. 2015)

Es de suma importancia escuchar al adulto mayor, en sus necesidades e intereses y en base a ellos, brindarles una mejor calidad de vida. Esta “escucha” se logrará siempre y cuando sea la misma sociedad la que valore su rol como persona prestadora de subjetividad, de experiencia. Siendo éste uno de los pasos principales para cambiar la visión que se tiene con respecto a la vejez, ya que todo lo que escuchamos en la infancia y a lo largo de la vida,

va a influir luego en nuestra percepción de la vejez en general y en la propia. Es fundamental poder tomarla simplemente como una etapa más del ciclo vital, porque así, podremos ir sustituyendo actividades o habilidades que se tuvieron siempre, por otras diferentes en esta nueva etapa de la vida. Esto va a permitir vivirla sin mayores obstáculos que lo que puede tener otra etapa del ciclo vital. (Calcaterra. 2015).

Con base a lo anteriormente mencionado, se puede decir que la psicología positiva plantea una serie de estrategias y planes que buscan facilitar el bienestar de los adultos mayores, mejorando sus relaciones interpersonales, ayudando a desaparecer el aislamiento, reintegrándolos a la sociedad sin que se sientan extraños o diferentes; esto con el fin de mejorar esta etapa de su vida para que no la vean como algo feo sino más bien como una etapa donde se tienen en cuenta las buenas experiencias, y donde ya se es crítico a la hora de realizar cualquier acción.

Capítulo IV. Dependencia e Independencia en el Adulto Mayor.

Según (Muñoz. A., Rojas. A. & Marzuca. G., 2014) los adultos mayores son dependientes o independientes mediante la perspectiva de lo que se les dificulta o impide en la realización de actividades de la vida diaria, dentro de lo que se conoce como actividades normales, por lo cual la dificultad a estas acciones tiende a buscar ayuda a realizarlas y en casos muy graves al cuidado total de los factores convencionales (economía, salud, bienestar y redes de apoyo), a esto es lo que se refiere como dependencia.

Por otra parte, la funcionalidad del adulto mayor se ve enmarcada en las facultades para realizar actividades de la vida diaria, vivir de manera independiente y conocer su autonomía. (Figuroa. L., Torres. G., Morales. X., Vega. P. & Juárez. A., 2016), por tal razón cada adulto mayor vive de manera diferente los cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera la calidad de vida y su percepción de la misma.

Actividades de la vida diaria.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son aquellas acciones que permiten generar independencia de una persona sobre la comunidad, permitiendo a el individuo relacionarse individualmente con su entorno en ejecuciones simples como el hacer compras, cocinar, realizar limpieza doméstica, manejo de finanzas, usar transporte y responsabilidad sobre su medicación. (Merellano. E., 2017)

M. Lee (2012) citado por (Merellano. E., 2017) refiere que la práctica de actividades física, moderada y vigorosa en los adultos mayores reduce el riesgo de enfermedades crónicas o en algunos casos de la mortalidad prematura, favoreciendo el mantenimiento autónomo en cada una de las actividades de la vida diaria. Este tipo de actividades son reflejadas también como puntos positivos en el ámbito psicológico donde el ejercita miento disminuye procesos como la ansiedad, favorece el estado del ánimo y aumenta la eficacia de los retos diarios, disminuyendo de esta forma el sentido de dependencia. (Merellano. E., 2017). Así cuando el adulto mayor se mantiene activo, la adaptación psicológica a nuevas situaciones se verá influenciadas positivamente para el mejoramiento de la calidad de vida.

Funcionalidad del adulto mayor.

Arango. R. (2010) citado por (Cordoba. M., Uribe. A., Camacho. Y. & Correa. V., 2016). Menciona que la funcionalidad en el adulto mayor esta acomodada por componentes de independencia y autonomía, los cuales permiten que el individuo se exprese y actúe por sí mismo, mientras en el caso contrario de la disfuncionalidad, las consecuencias que se presentan a nivel individual, familiar y social, son los estados de abandono, maltrato y marginación, ellos son algunos aspectos negativos que generan un declive emocional en la vida del adulto mayor, disminuyendo el bienestar.

Cambios internos de la persona durante la vejez.

Pese a lo expuesto anteriormente, la idea de la vejez seguirá siendo un tópico que está marcado por prejuicios y concepciones negativas sobre dicha etapa, considerándose incluso como una involución, que algunos psicólogos de acuerdo al modelo biofísico de la anatomía han aceptado como cierto, sin embargo, los patrones conductuales siguen desarrollándose conforme el tiempo pasa y el organismo interactúa con el medio (Fernández, 2004). Brindando así más y mejores herramientas al sujeto para hacer frente a las situaciones conflictivas del día a día y, una vez superadas, otorgara aún más herramientas que serán usadas para el mismo fin.

Si bien es cierto que ejecutar una acción depende de un organismo que lo haga, por ejemplo, para poder ver es necesario tener ojos sanos; pero en determinadas situaciones las capacidades y fortalezas de una persona pueden repercutir en el rendimiento de sus acciones, siendo un ejemplo un individuo que ha perdido su mano dominante y desea escribir un libro, el sujeto con la suficiente convicción y fortaleza mental podrá hacer uso de su otra mano y llevar a cabo su objetivo; cabe aclarar que ninguno de los dos factores anterior mencionados, no tienen nada que ver con la edad (Fernández, 2004).

Usando como referencia un estudio llevado a cabo por Heckhausen y Schulz (1993, citado por Fernández, 2004) en el cual se pretendía calcular tanto pérdidas como ganancias a lo largo del ciclo vital en el nivel cognitivo de las personas, dedujeron que existen tanto crecimiento como declive, pero estos últimos son más notorios después de cierta edad; ejemplo de ello se presenta en los tiempos de reacción de la persona, los cuales comienzan a mermar desde los 25 años de edad, mientras que los niveles de afectividad, así como el incremento en el repertorio lingüístico tendía a aumentar desde los 70 años (Heckhausen & Schulz, 1993). De estos resultados se llega a la conclusión de que conforme pasa el tiempo en una persona se presenta tanto pérdidas como ganancias a lo largo de su existencia.

Teoría de la continuidad.

Muy relacionada a la teoría de la actividad, esta toma como fuerte el constructo mental de la persona, trabajando en la idea de que las ideales de las personas se mantienen a través del tiempo y perduran por el resto de su vida, y, en la vejez, estas mismas ideas son las que permiten que el adulto mayor pueda actuar conforme a los cambios que se presentan durante esta etapa (Sánchez, 2004). Los adultos mayores se desenvuelven en contextos familiares, para ellos con el fin de poder seguir actuando de la manera en que solían hacerlo, así que, usando su experiencia como base, la persona puede permanecer estable. Con base a esta teoría se afirma, que el adulto mayor tenderá más a actuar de manera predeterminada antes que enfrentarse al cambio, puesto que es terreno inexplorado y su desempeño en este, les causa angustia.

Teoría de la actividad.

Propuesta por Havighurst en 1987, sostiene que los adultos mayores que son más felices y se adaptan mejor a su contexto son porque suelen ser activas y poseen la sensación de ser útiles a otros. Puesto que suponen que los adultos mayores han dejado de servir a la sociedad como cuando lo hacían en su juventud, sienten la necesidad de compensarlo. El autor deja de lado la experiencia acumulada durante el periodo vital del individuo y centra más sus esfuerzos en que, el adulto mayor se centre en mantener un estilo de vida con mucha activación conductual y, también, en compensar las posibles pérdidas a nivel social (relaciones interpersonales) y encontrar un buen reemplazo a su previo puesto de trabajo, dícese de alguna actividad que le consuma gran cantidad de tiempo al día. Para esta teoría se fomenta en gran medida en los adultos mayores la interacción con terceros y actividades en las cuales ocuparse, promoviendo un envejecimiento saludable, implicando procesos complejos de pensamiento junto con actividad física (Sánchez, 2004).

Menec (2003) citado por (Acosta. C., 2011) menciona que la teoría de la actividad no es responsable del bienestar subjetivo del individuo, sino más bien, el grado de satisfacción en algunas actividades sociales son delimitadas por los gustos de los adultos mayores, abriendo con esto el paso a la selección por factor motivacional de las actividades que el adulto mayor puede efectuar con gusto, por tal razón el análisis de la independencia y dependencia del adulto mayor va enmarcada por las actividades de la vida diaria de su preferencia y adaptación psicológica los cuales dan a enfocar al modelos de Selección – Optimización – Compensación (SOC)

Modelo de Selección – Optimización – Compensación (SOC)

Este modelo intenta explicar los mecanismos de actividades de la vida diaria, en los cuales la edad dificulta la ejecución de varios de estos procesos, llevando al adulto mayor a seleccionar las actividades menos rigurosas dentro de sus capacidades físicas y mentales, por lo tanto, a esto se le llama Selección, lo cual tiene como finalidad mejorar e invertir más tiempo de realización de la actividad de preferencia y capacidad, a esto se le llama Optimización, cuando el adulto mayor requiere de ayuda ya sea de herramientas o personas para poder realizar una actividad y logra llevarla a cabo con el uso de recursos adicionales, a esto se le llama Compensación. Acosta. C. (2011).

Marco Legal

Ley 1090 código ético y bioético del psicólogo del 2006.

Por medio de esta ley se rige la profesión de psicología en Colombia, se señalan a continuación algunos aspectos importantes de esta ley que son pertinentes para el desarrollo de esta investigación. (Congreso de Colombia, 2006)

Artículo 2°. De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se registrarán por los siguientes principios universales:

I. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

II. Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

III. Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

IV. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la

persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros.

V. Bienestar del Usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

VI. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados.

VII. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuaran con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

VIII. Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzaran por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetaran el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones.

ley 1616 de la salud mental en Colombia del 2013.

El objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud, de igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Congreso de Colombia,

Artículo 3°. Salud Mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Garantía en Salud Mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud

para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

Título II Derechos De Las Personas En El Ámbito De La Salud Mental

Artículo 6°. Derechos De Las Personas. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las. Libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.

7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona

8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinado por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

Ley 1251 de 2008 normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

Diario Oficial No. 47.186 de 27 de noviembre de 2008

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de

DECRETA:

TITULO I.

DISPOSICIONES PRELIMINARES.

ARTÍCULO 1°. OBJETO. La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.

ARTÍCULO 2°. FINES DE LA LEY. La presente ley tiene como finalidad lograr que los adultos mayores sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, teniendo en cuenta sus experiencias de vida, mediante la promoción, respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos.

ARTÍCULO 4°. PRÍNCIPIOS. Para la aplicación de la presente ley se tendrán como principios rectores:

n) Participación Activa. El Estado debe proveer los mecanismos de participación necesarios para que los adultos mayores participen en el diseño,

elaboración y ejecución de programas y proyectos que traten sobre él, con valoración especial sobre sus vivencias y conocimientos en el desarrollo social, económico, cultural y político del Estado.

b) Corresponsabilidad. El Estado, la familia, la sociedad civil y los adultos mayores de manera conjunta deben promover, asistir y fortalecer la participación activa e integración de los adultos mayores en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, planes y acciones que desarrollen para su inclusión en la vida política, económica, social y cultural de la Nación.

c) Igualdad de oportunidades. Todos los adultos mayores deben gozar de una protección especial de sus derechos y las libertades proclamados en la Constitución Política, Declaraciones y Convenios Internacionales ratificados por Colombia, respetando siempre la diversidad cultural, étnica y de valores de esta población.

d) Acceso a beneficios. El Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a los adultos mayores el acceso a beneficios con el fin de eliminar las desigualdades sociales y territoriales.

e) Atención. En todas las entidades de carácter público y privado es un deber aplicar medidas tendientes a otorgar una atención especial, acorde con las necesidades.

f) Equidad. Es el trato justo y proporcional que se da al adulto mayor sin distinción del género, cultura, etnia, religión, condición económica, legal, física, síquica o social, dentro del reconocimiento de la pluralidad constitucional.

g) Independencia y autorrealización. El adulto mayor tiene derecho para decidir libre, responsable y conscientemente sobre su participación en el desarrollo social del país. Se les brindará las garantías necesarias para el provecho y acceso de las oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas de la sociedad, así como el perfeccionamiento de sus habilidades y competencias.

h) Solidaridad. Es deber del Estado, la sociedad y la familia frente al adulto mayor, brindar apoyo y ayuda de manera preferente cuando esté en condición de vulnerabilidad.

n) Dignidad. Todas las personas tienen derecho a una vida digna y segura; los adultos mayores se constituyen en el objetivo fundamental de las acciones emprendidas en cumplimiento del Estado Social de Derecho a través de la eliminación de cualquier forma de explotación, maltrato o abuso de los adultos mayores.

j) Descentralización. Las entidades territoriales y descentralizadas por servicios prestarán y cumplirán los cometidos de la presente ley en procura de la defensa de los derechos del adulto mayor.

k) Formación permanente. Aprovechando oportunidades que desarrollen plenamente su potencial mediante el acceso a los recursos educativos, de productividad, culturales y recreativos de la sociedad.

l) No discriminación. Supresión de todo trato discriminatorio en razón de la raza, la edad, el sexo, la condición económica o la discapacidad.

m) Universalidad. Los derechos consagrados en la presente ley son de carácter universal y se aplican a todas las personas residentes en el territorio nacional sin distinción alguna y sin ningún tipo de exclusión social. Sin embargo, el Estado podrá focalizar las políticas públicas en las poblaciones más pobres y vulnerables para reducir las brechas económicas, sociales y culturales que caracterizan el país.

n) Eficiencia. Es el criterio económico que revela la capacidad de producir resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.

ñ) Efectividad. Es el criterio institucional que revela la capacidad administrativa y política para alcanzar las metas o resultados propuestos, ocupándose fundamentalmente en los objetivos planteados que connotan la capacidad administrativa para satisfacer las demandas planteadas en la comunidad y que se refleja en la capacidad de respuesta a las exigencias de la sociedad.

TITULO III.

REQUISITOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR.

ARTÍCULO 21. INTEGRACIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR. Las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor promoverán e impulsarán la vinculación y participación de su grupo familiar y de la sociedad en el cuidado y desarrollo integral de este grupo poblacional, así como en la defensa y garantía de sus Derechos Humanos.

Marco Contextual

El Hogar San José de Pamplona fue creado el 28 de diciembre de 1893 por el Padre Eduardo Laviña y un grupo de ocho Hermanas de la Congregación de los Ancianos Desamparados, provenientes de España. Este a su vez está conformado por la comunidad de Hermanitas de los Ancianos Desamparados quienes por vocación son las cuidadoras de

los Adultos Mayores, esta congregación fue creada en España el 27 de enero de 1873 por el Siervo de Dios Saturnino López Novoa y Santa Teresa de Jesús e Ibars.

Actualmente el Hogar San José de la Ciudad de Pamplona, Norte de Santander es una Institución que se encuentra ubicada en la Carrera 7 N°4-49 del Barrio Santo Domingo, su línea de atención telefónica de contacto es 5682840, asimismo cuenta con un correo electrónico hsjosepamplona@hotmail.com, es decir el escenario se encuentra dirigido por la Madre Superiora María Teresa Cordero Cordero, cumpliendo con las funciones de jefe inmediata de los psicólogos en formación durante este primer semestre del año 2018.

Por otra parte, su misión expresa lo siguiente: El Hogar San José de la Ciudad de Pamplona, busca mejorar la dignificación de sus condiciones de vulnerabilidad, los bajos ingresos económicos, que están comprometidos con su labor social al ofrecer los servicios que ayuden en el bienestar integral, la accesibilidad del material de apoyo, buscando garantizar una mejor calidad de vida permitiendo el uso diario de los materiales que se necesitan para trabajar a diario, y así responder de manera eficiente, con calidad y seguridad en los servicios que presta el equipo de trabajo y voluntario interdisciplinario.

Consecutivamente, su visión expresa lo siguiente: Ser en el 2020 el primer Centro geriátrico de referencia en todo el nororiente colombiano en el cuidado, atención, dignificación, de la tercera edad, con la finalidad de convertirse en pioneros en América Latina en el cuidado, protección, y defensa de los derechos del adulto mayor.

El Hogar San José, cuenta con una labor social la cual es respetada y la cual cuenta con ayudas y asistencia de talento humano para el tratamiento de la población Adulto Mayor, el Hogar San José le abre las puertas de su institución a cualquier persona sin diferenciar estrato socioeconómico, cultura, religión o estado de salud, dicha ayuda a

beneficiado a más de cien (100) Adultos Mayores en la actualidad que aun aguardan y residen en el Asilo, el Hogar cuenta con falencias, pero la importancia de brindar una oportunidad y de mejorar la calidad de vida se hace fundamental y, para su accionar social requiere de ayuda y apoyo por entes que provean al lugar de suministros asistenciales o de alimentación no precedera.

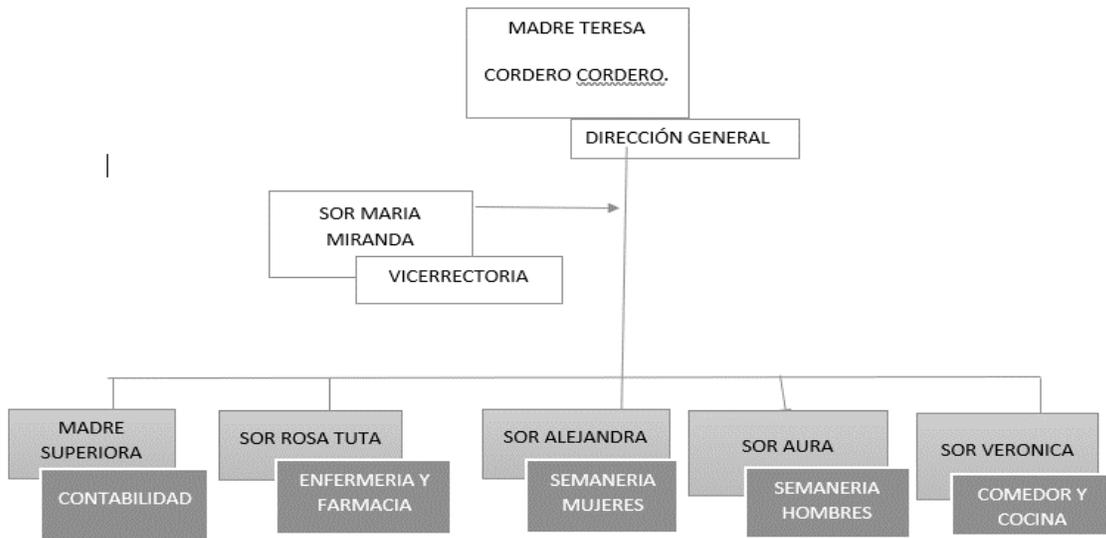


Figura 1 Organigrama Hogar San José de Pamplona

Metodología

Tipo de Investigación.

La investigación es llevada a cabo por medio de un enfoque cuantitativo, según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) ya que se están midiendo las variables a investigar que son las de dependencia, independencia y adaptación psicológica (Acosta. C., 2011) por medio de métodos cuantificables, de esta manera poder identificar y establecer resultados dentro del estudio a realizar.

Diseño de Investigación.

El tipo de diseño de la investigación es no experimental, porque no hay manipulación de las variables por los investigadores, solo observar los fenómenos que ocurren en su contexto, es transversal descriptiva, pues su estudio es realizado en un solo momento y tiempo único y lo que busca es indagar la incidencia de las variables a investigar. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

Población.

La población consta de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en asilo San José de la ciudad de Pamplona, costando de 99 participantes para nuestra prueba, donde 59 son hombres y 40 son mujeres considerando a los más aptos para participar en el estudio.

Muestra.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta los adultos mayores que cumplieran ciertos requisitos como saber leer para poder abordar la prueba, por esta razón la muestra es no probabilística, pues se seleccionan a los participantes teniendo en cuenta los propósitos propios que sirvan para la investigación por medio de la aplicación de la prueba. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Se tomarán 5 hombres y 5 mujeres comprendidos en las edades entre 60 y 90 años.

Instrumento.

Se aplicará la prueba de Inventario de Actividades de la vida diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM), el cual nos arrojará los niveles de dependencia, independencia y adaptación psicológica en los adultos mayores del asilo San José; dándonos tres aspectos a conocer, el primero es sobre el envejecimiento normal y su avance hacia las enfermedades biológicas psicológicas y sociales, los cuales gradualmente se verán a través del tiempo; el segundo son los cambios patológicos o bruscos que se podrán ver en los mejores puntajes, pudiendo resultar en las percepciones rápidas de la muerte; y por último es la evaluación puntual alta sobre envejecimiento exitoso o saludable, la cual nos dará una muestra sobre las actividades que a plenitud y óptimamente podrán realizar los adultos mayores.

Ficha técnica.

Nombre de la prueba.

Prueba psicológica, actividades de la vida diaria del adulto mayor (INACVIDIAM)

Nombre del Autor.

Christian Oswaldo Acosta Quiroz.

Objetivos de la prueba.

El INACVIDIAM está centrado en el adulto mayor para obtener su frecuencia de actividades de la vida diaria, su satisfacción ante dicha frecuencia y dificultades para llevar a cabo tales actividades.

Si el INACVIDIAM detecta dificultades en el adulto mayor para llevar a cabo actividades específicas de la vida diaria, se puede cuestionar adicionalmente a la persona para identificar las estrategias de selección, optimización y compensación que haya utilizado para adaptarse a las pérdidas y cambios asociados con el envejecimiento

Por último, el INACVIDIAM puede apoyar en la planeación y aplicación de intervenciones psicológicas en adultos mayores, y medir los resultados de estas.

Actividades destinadas como reactivos preliminares para el INACVIDIAM.

Actividades de independencia. Lavar ropa, ir de compras, lavar trastos, asear su habitación, cocinar, barrer y planchar ropa.

Actividades recreativas mentales. Ver televisión, leer, jugar juegos de mesa, hacer manualidades, pintar, dibujar o iluminar, hacer yoga, hacer costuras o bordar e ir al cine.

Actividades recreativas físicas. Hacer ejercicio, bailar o cantar, hacer jardinería, salir de viaje, jugar con niños, hacer reparaciones domésticas, jugar beisbol, nadar y pasear caminando.

Actividades sociales. Ir a fiestas, ir a la iglesia, platicar con familiares, platicar con vecinos o amigos, hablar por teléfono con familiares y amigos, convivir en grupos de adultos mayores y cuidar enfermos.

Actividades de protección a la salud. Ir al médico, comer fruta, verdura, pan, pescado, etcétera, tomar fármacos, hacer siesta e ir al dentista.

Propiedades psicométricas.

El α de Cronbach para el total de reactivos en la versión masculina del INACVIDIAM fue de $r = .843$.

El α de Cronbach para el total de reactivos en la versión femenina del INACVIDIAM fue de $r = .815$.

La varianza total explicada en ambas versiones del INACVIDIAM es baja, esto quizá en relación al concepto mismo de actividades de la vida diaria, el cual implica gran cantidad de actividades, más en ambas versiones del INACVIDIAM se miden 30 actividades. Una mayor cantidad de actividades muestreadas en el INACVIDIAM, posiblemente hubieran dado cuenta de una mayor cantidad de varianza explicada.

Tanto la versión masculina como femenina del INACVIDIAM, se evaluó la validez convergente a través del coeficiente de correlación de Spearman, entre los puntajes de los participantes en el INACVIDIAM y el WHOQoL-Breve (tabla 2).

INACVIDIAM	WHOQoL-Breve
Versión femenina	.416
Versión masculina	.405

Tabla 2 Validez convergente en ambas versiones del INACVIDIAM

También se evaluó la validez divergente, tanto en la versión femenina como masculina del INACVIDIAM, a través del coeficiente de correlación de Spearman entre los puntajes de los participantes en el INACVIDIAM y la escala de depresión Geriátrica (tabla 3).

INACVIDIAM	Escala de depresión.
Versión femenina	.278
Versión masculina	.283

Tabla 3 Validez divergente en ambas versiones del INACVIDIAM

Con respecto a su validez convergente con calidad de vida, ambas versiones de INACVIDIAM muestran una correlación positiva, significativa y con magnitud moderada. Con relación a su validez divergente con depresión, ambas versiones muestran una correlación negativa, significativa, aunque de magnitud baja, esto posiblemente debido a que se evaluó a sujetos de manera relativa sanos y funcionales, lo cual puede sugerir para estudios posteriores, evaluar también a adultos mayores deprimidos desde el punto de vista clínico, donde se haga más evidente una mayor magnitud en relación inversa entre la frecuencia de actividades de la vida diaria y la depresión.

Después de evaluar sus propiedades psicométricas de confiabilidad y validez, la versión femenina del INACVIDIAM queda conformado 27 reactivos – dibujos, y la versión masculina con 26 reactivos – dibujos. El INACVIDIAM mostró ser un instrumento de medición confiable y válido, aunque esta última característica presentó deficiencias en términos de varianza explicada.

Aplicación.

El INACVIDIAM es un inventario auto aplicable cuya administración toma entre 10 y 15 minutos aproximadamente. Es confiable, válido y sencillo de aplicar. El

INACVIDIAM puede administrarse individual o en grupo, con el administrador presente, ya que de manera habitual las preguntas evocan anécdotas o historias de vida en adultos mayores. Es importante considerar que muchos adultos mayores son débiles visuales o con un nivel académico bajo o nulo, por lo que en tales casos es imprescindible que el administrador del inventario asista al adulto mayor para la lectura y llenado de los reactivos.

Como se mencionó el INACVIDIAM mide la frecuencia de actividades de la vida diaria, la satisfacción asociada con dicha frecuencia, dificultades para llevar a cabo tales actividades, y si el INACVIDIAM detecta dificultades, a través de cuestionamientos adicionales identifica estrategias de selección, optimización y compensación que el adulto mayor utiliza para adaptarse a las pérdidas y cambios asociados con el envejecimiento.

Resultados y Análisis

A continuación, se presenta la caracterización de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar San José en tablas de frecuencia estadísticas generadas por la prueba Inventario de Actividades de la vida diaria del Adulto Mayor y el software o paquete estadístico Spss V27.0 donde en cada una de ellas se logra evidenciar la posición de cada uno de los adultos mayores en el estudio.

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 60-70	4	40,0	40,0	40,0
71-80	4	40,0	40,0	80,0
81-90	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Tabla 4 Caracterización Participantes por Edad

En la tabla 4 se puede identificar que del 100% de los sujetos, el 40% se encuentran en un rango de edad promedio de 60 a 70 años, lo que equivale a 4 personas, el 40% de 71 a 80 años lo que equivale a 4 personas y el 20% de 81 a 90 lo que equivale a 2 personas.

Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	5	50,0	50,0	50,0

Masculino	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Tabla 5 Caracterización Participantes por Género

La tabla 5 detalla la estructuración de la muestra a la que se aplicó el instrumento, pudiéndose observar que el 50% de la población abordada es de género femenino (5 participantes) y el otro 50% corresponde al género masculino (5 participantes)

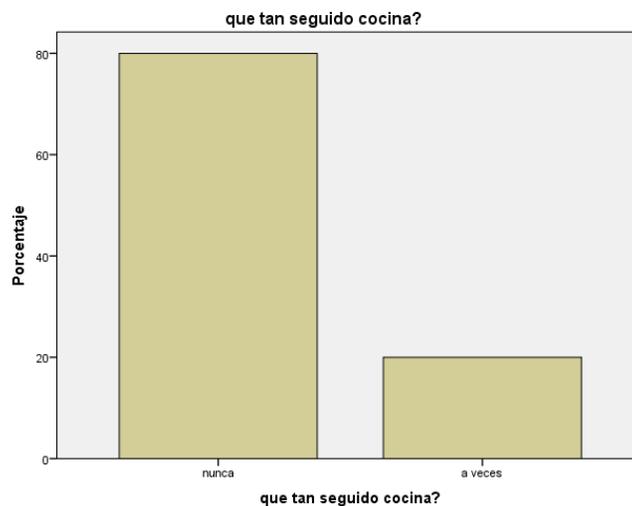
Se pudo dar cumplimiento al primer objetivo específico, el cual es, identificar los tipos de actividades de la vida diaria de los adultos mayores del asilo san José de la ciudad de Pamplona, las cuales son:

En las mujeres: cocinar, leer, jugar con niños, lavar ropa, jugar juegos de mesa, platicar con familiares, lavar trastos, ver televisión, platicar con vecinos o amigos, comer frutas, verduras, pan, pescado, etc., asear su habitación, salir de viaje, barrer, ir a la iglesia, planchar la ropa, convivir en grupos de adultos mayores, hacer costuras o bordar, cuidar enfermos, hacer ejercicio, hablar por teléfono con familiares o amigos, hacer jardinería, ir a fiestas, ir de compras, hacer manualidades, bailar, escuchar la radio y pagar la luz o agua o hacer cobros.

En los hombres: barrer, leer, jugar con niños, hacer jardinería, platicar con familiares, hacer reparaciones eléctricas, ver televisión, platicar con vecinos o amigos, comer frutas, verduras, pan, pescado, etc., ir de compras, salir de viaje, asear su habitación, ir a la iglesia, convivir en grupos de adultos mayores, cocinar, hablar por teléfono con familiares o amigos, hacer carpintería, ir a fiestas, lavar trastos, hacer ejercicio, hacer plomería, bailar, escuchar la radio, pagar la luz o agua o hacer cobros.

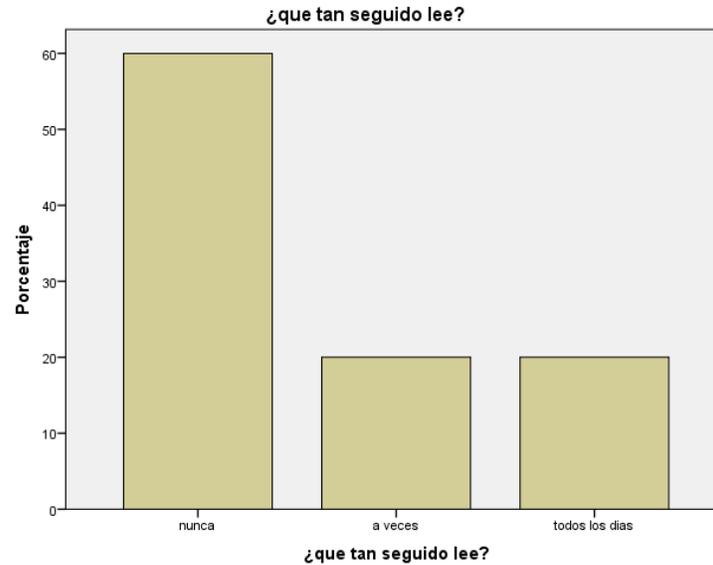
Por otra parte, en cumplimiento del segundo objetivo específico donde se pudo establecer la frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria de los adultos mayores de asilo san José, según el sexo.

Frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria según las mujeres.



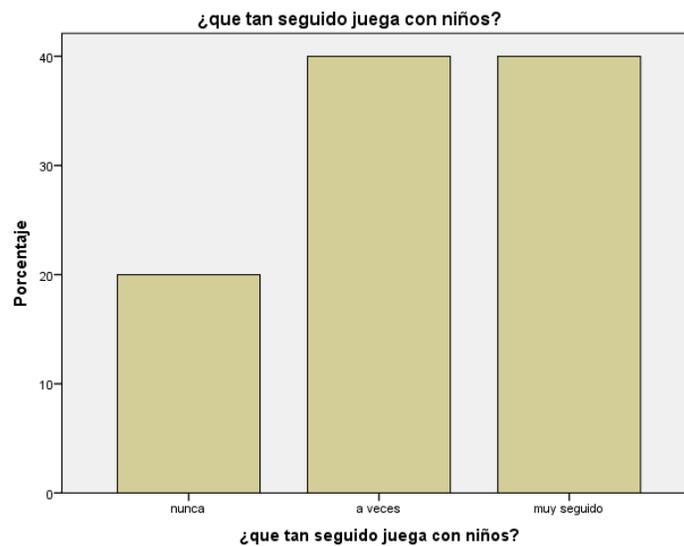
Gráfica 1 frecuencia en la actividad de cocinar

Se puede evidenciar que el 80% de las mujeres, 4 participantes nunca realizan esta actividad, mientras que el 20% es decir, 1 participante refiere que a veces realiza la actividad de cocinar.



Gráfica 2 frecuencia en la actividad de leer

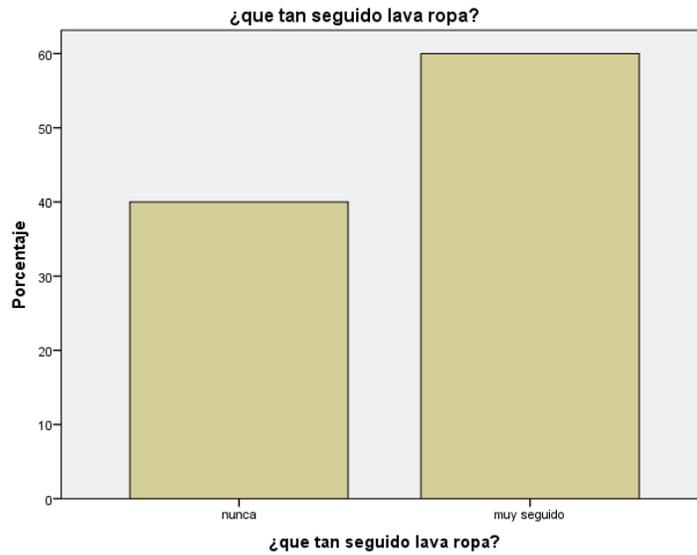
Se puede evidenciar que el 60% es decir, 3 participantes refieren que nunca leen, el 20% que equivale a 1 persona que refiere que a veces lee y el 20% que equivale a 1 persona que refiere que todos los días cocina.



Gráfica 3 frecuencia en la actividad de jugar con niños

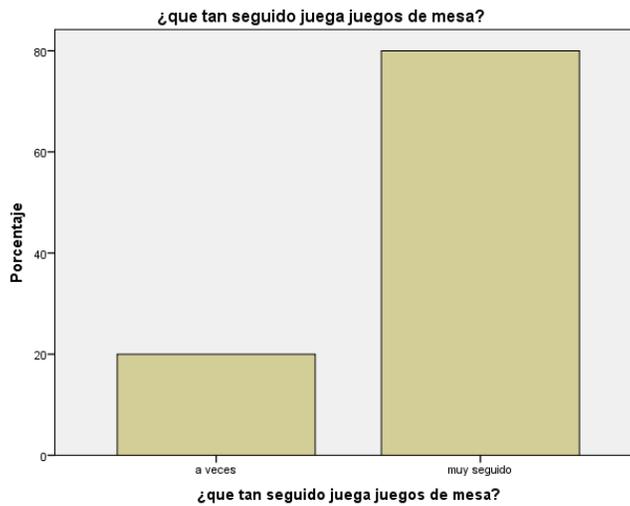
Se puede evidenciar que el 20% que corresponde a 1 participante, refiere que nunca juega con niños, por otra parte el 40% que corresponde a 2 participantes, refieren que a

veces juegan con niños y por último, el 40% que corresponde a 2 participantes, refieren que muy seguido juegan con niños.



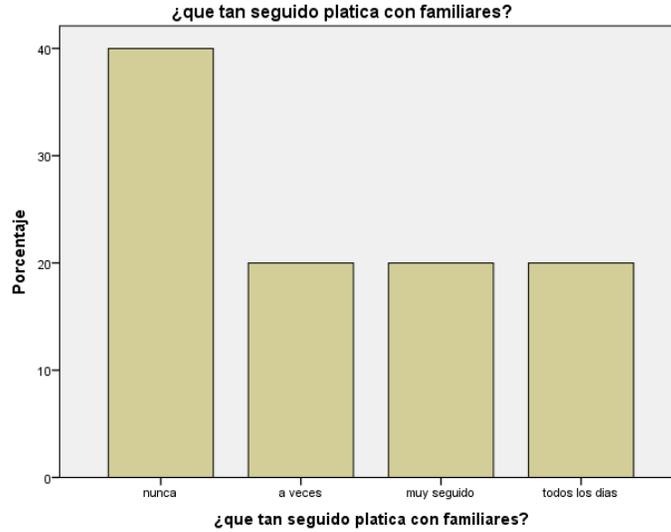
Gráfica 4 frecuencia en la actividad de lavar la ropa

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes, refieren que nunca lavan ropa, mientras que el 60% que equivale a 3 participantes lavan ropa muy seguido



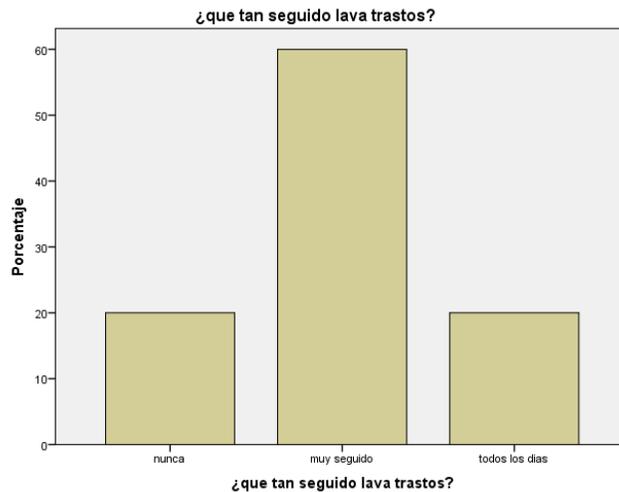
Gráfica 5 frecuencia en la actividad de jugar juegos de mesa

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 persona, refiere que a veces juega juegos de mesa, por otra parte, el 80% que equivale a 4 participantes refieren que muy seguido juegan juegos de mesa.



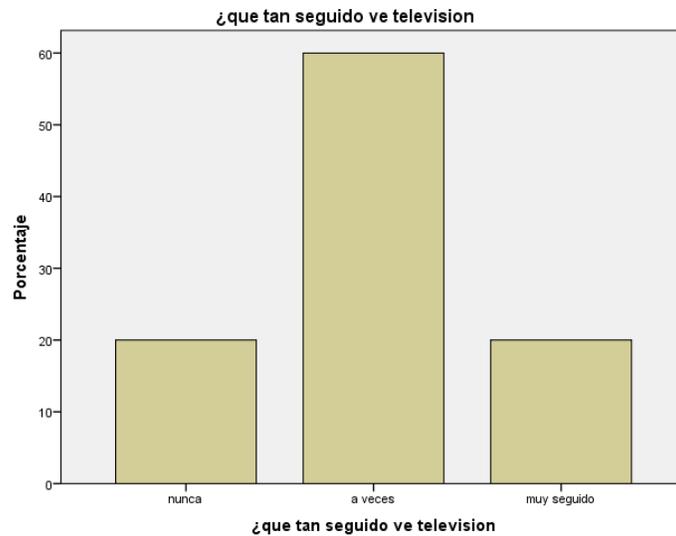
Gráfica 6 frecuencia en la actividad de platicar con familiares

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes, refieren que nunca platican con familiares, el 20% equivale a 1 participante que refiere que a veces realizan esta actividad, el 20% equivale a 1 participante y refiere que muy seguido platica con familiares y por ultimo, el 20% que equivale a 1 participante refiere que todos los días platica con familiares.



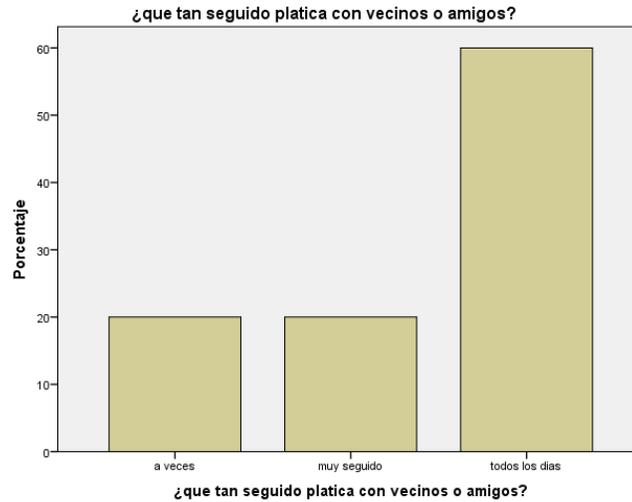
Gráfica 7 frecuencia en la actividad de lavar trastos

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante, refiere que nunca lavan platos, por otra parte el 60% que equivale a 3 participantes refieren que muy seguido lavan los platos y por ultimo el 20% que equivale a 1 persona refiere que todos los días lava los platos.



Gráfica 8 frecuencia en la actividad de ver televisión

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante, refiere que nunca ve televisión, el 60 % que equivale a 3 participantes refieren que a veces ven televisión y por ultimo el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido ve televisión



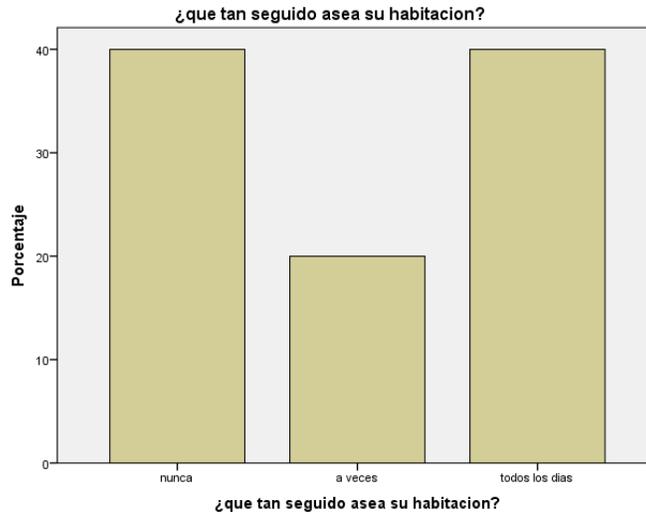
Gráfica 9 frecuencia en la actividad de platicar con vecinos y amigos

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces realiza esta actividad, el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido platica con vecinos o amigos y el 60% que equivale a 3 participantes refieren que todos los días platican con vecinos o amigos.



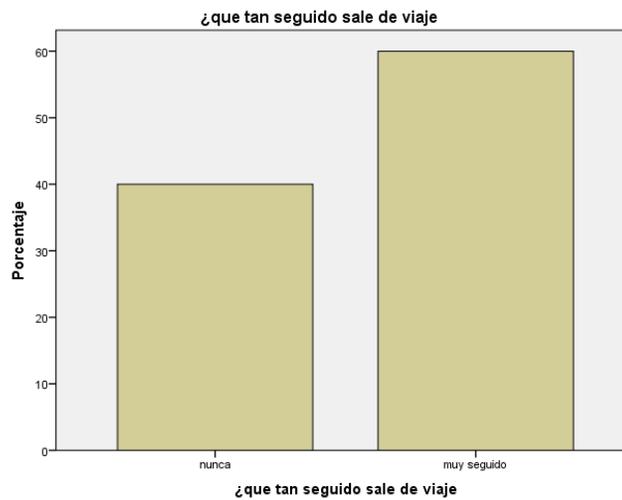
Gráfica 10 frecuencia en la actividad de comer frutas y verduras

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante, refiere que muy seguido come frutas y verduras, mientras que el 80% que equivale a 4 participantes refieren que todos los días comen frutas y verduras.



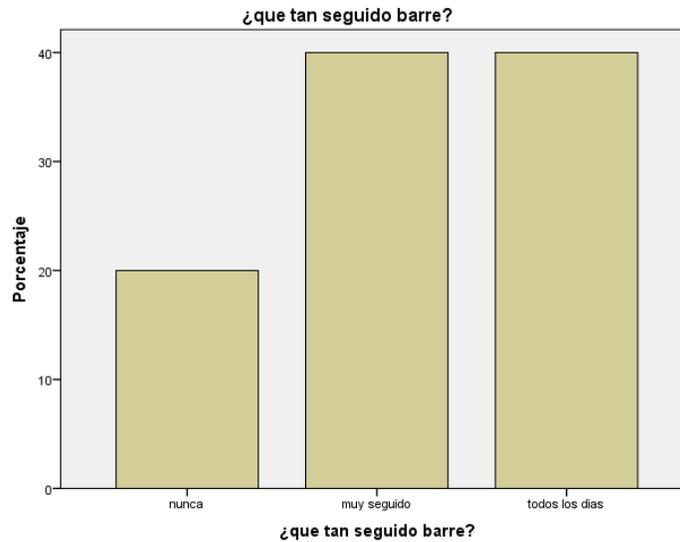
Gráfica 11 frecuencia en la actividad de asear la habitación

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes, refieren que nunca asean su habitación, por otra parte el 20% que equivale a 1 participante, refiere que a veces asean su habitación y por ultimo el 40% que equivale a 2 participantes refieren que todos los días asean su habitación.



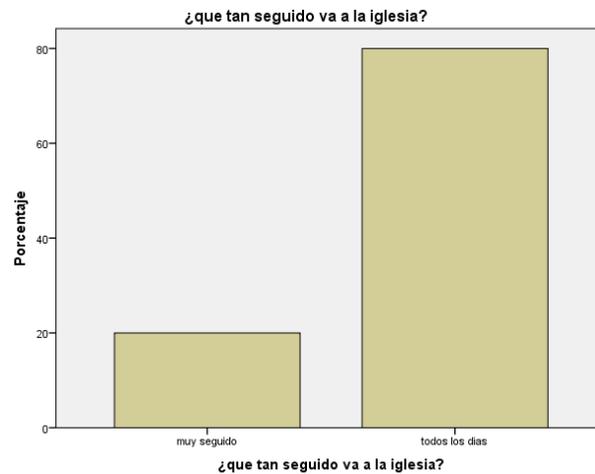
Gráfica 12 frecuencia en la actividad de salir de viaje

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca salen de viaje, mientras que el 60% que equivale a 3 participantes refieren que muy seguido salen de viaje.



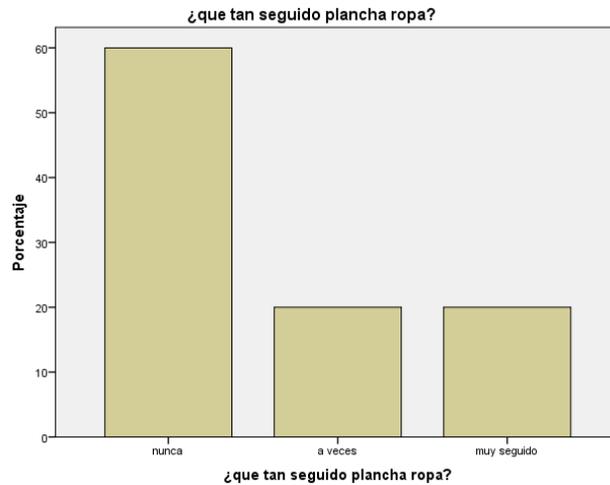
Gráfica 13 frecuencia en la actividad de barrer

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante, refiere que nunca barre, mientras que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido barren y por ultimo, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que todos los días barren.



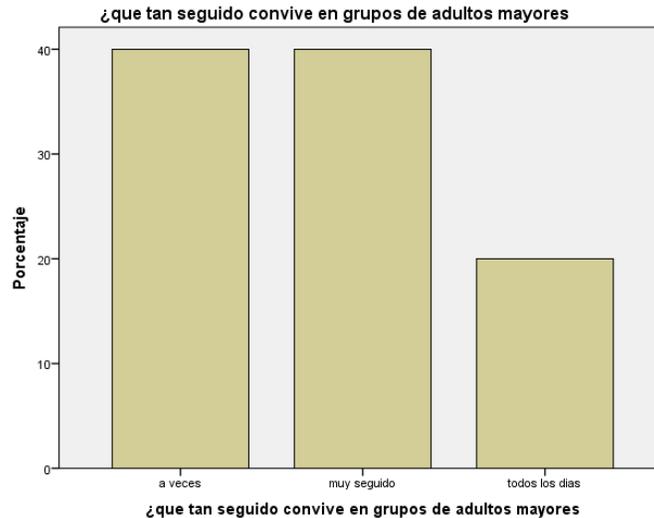
Gráfica 14 frecuencia en la actividad de ir a la iglesia

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante, refiere que muy seguido va a la iglesia y el 80% que equivale a 4 participantes refieren que todos los días van a la iglesia.



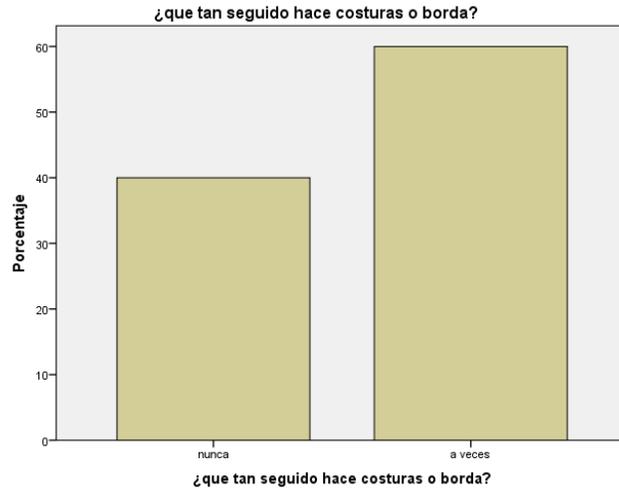
Gráfica 15 frecuencia en la actividad de planchar ropa

Se puede evidenciar que el 60% que equivale a 3 participantes refieren que nunca planchan ropa, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces realiza esta actividad, mientras que el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido plancha ropa.



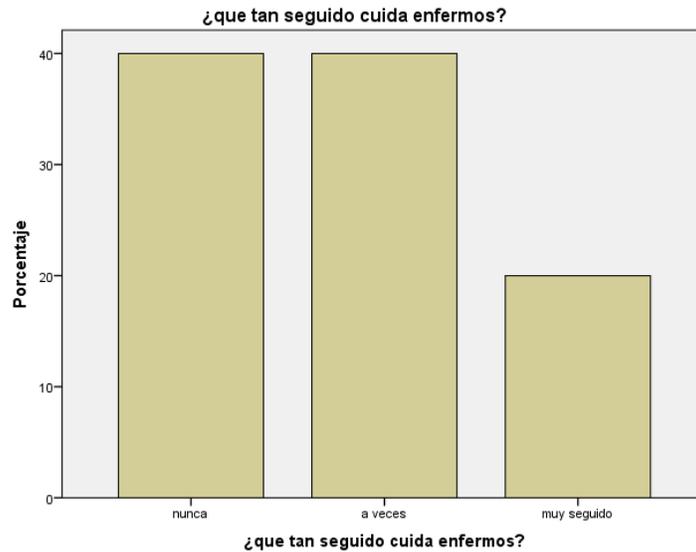
Gráfica 16 frecuencia en la actividad de convivir en grupo de adultos mayores

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces convive en grupos de adultos mayores, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido realizan esta actividad, mientras que el 20% que equivale a 1 participante todos los días convive en grupos de adultos mayores.



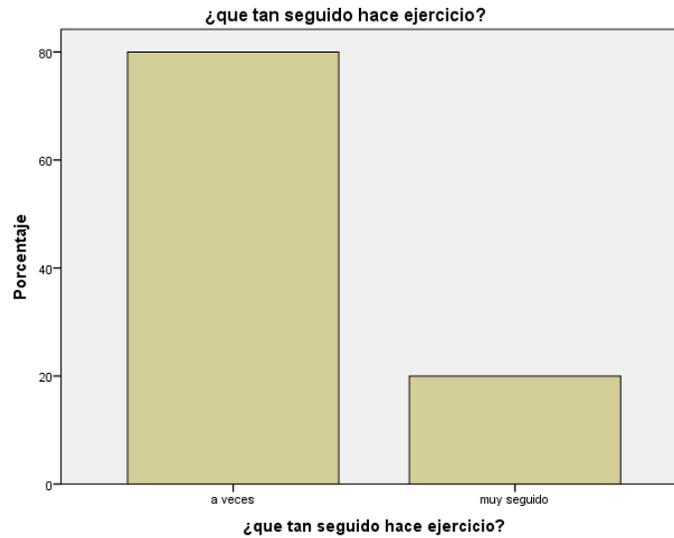
Gráfica 17 frecuencia en la actividad de hacer costuras o bordar

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca hacen costuras o bordan, mientras que el 60% que equivale a 3 participantes refieren que a veces realizan esta actividad.



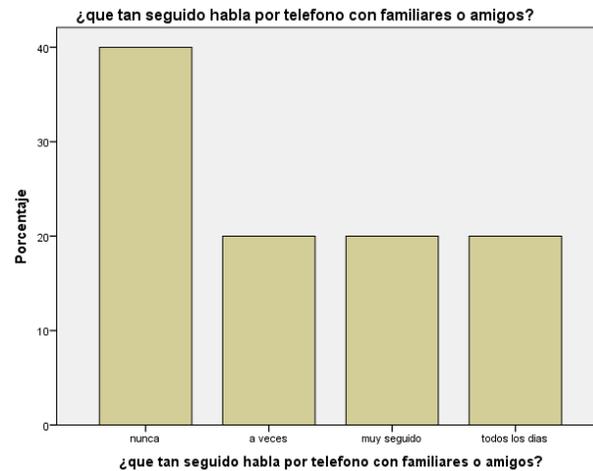
Gráfica 18 frecuencia en la actividad de cuidar enfermos

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca cuidan enfermos, el 40% que equivale a 2 participantes que refieren que a veces cuida enfermos y por ultimo el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido cuida enfermos.



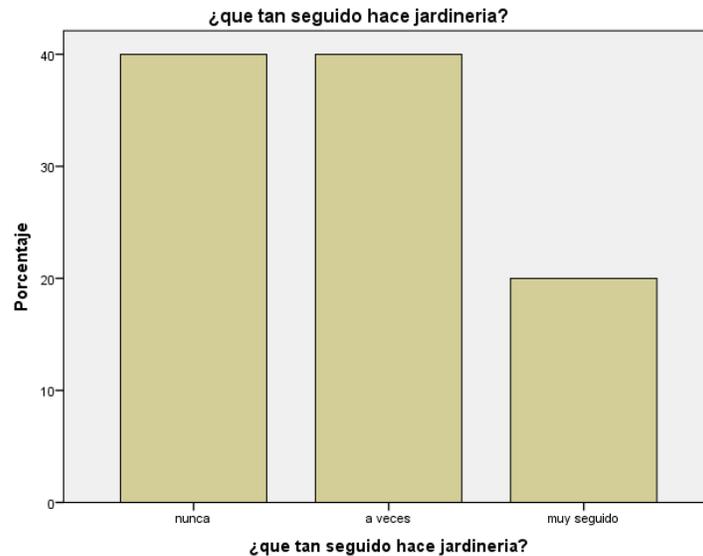
Gráfica 19 frecuencia en la actividad de hacer ejercicio

Se puede evidenciar que el 80% que equivale a 4 participantes refieren que a veces realizan esta actividad mientras el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido hace ejercicio.



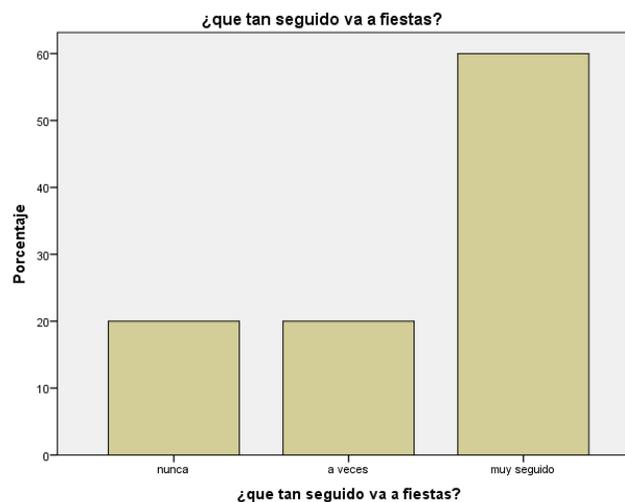
Gráfica 20 frecuencia en la actividad de hacer jardinería

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca realizan esta actividad, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces hablan por teléfono con familiares o amigos, el 20% que equivale a 1 participante, refiere que muy seguido realiza esta actividad y el 20% que equivale a 1 participante, refiere que todos los días realiza esta actividad



Gráfica 21 frecuencia en la actividad de jardinería

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca hacen jardinería, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad, mientras que el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido hace jardinería.



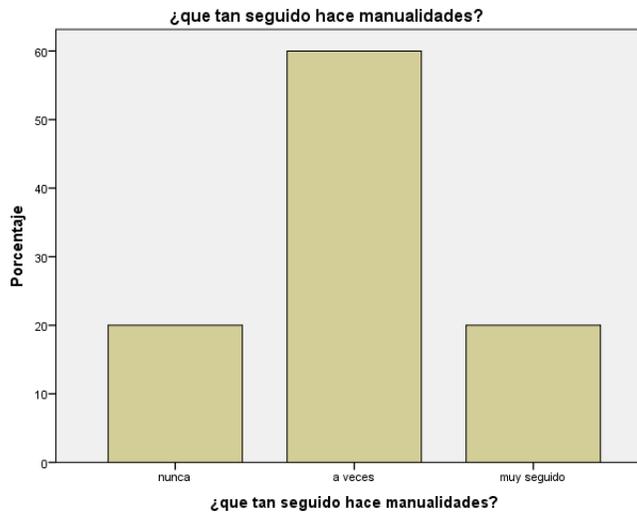
Gráfica 22 frecuencia en la actividad de ir a fiesta

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que nunca realiza esta actividad, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces va a fiestas y el 60% que equivale a 3 participantes refiere que muy seguido realiza esta actividad.



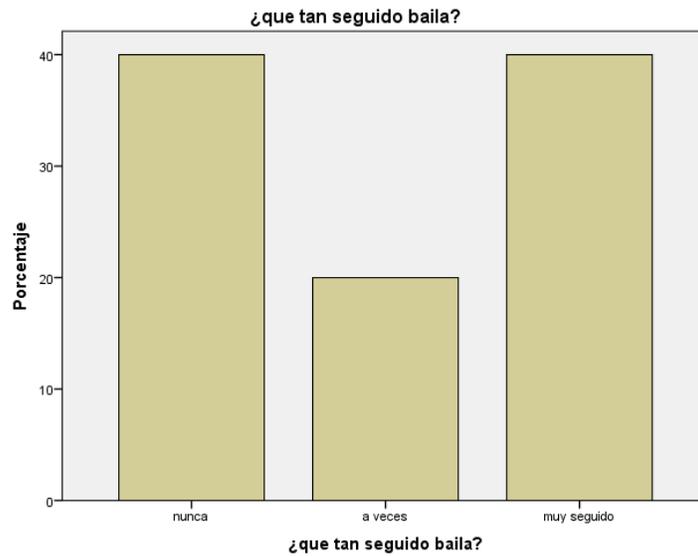
Gráfica 23 frecuencia en la actividad de ir de compras

Se puede evidenciar que el 60% que equivale a 3 participantes refieren que nunca realizan esta actividad, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces realiza esta actividad y el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido realiza esta actividad.



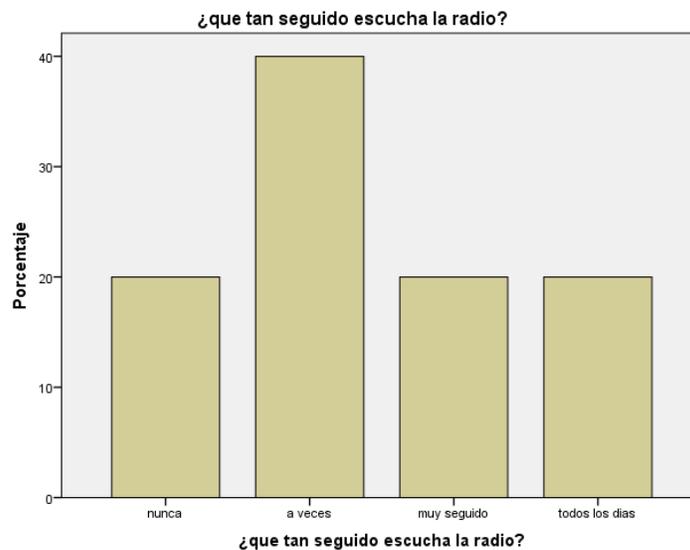
Gráfica 24 frecuencia en la actividad de hacer manualidades

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que nunca hace manualidades, el 60% que equivale a 3 participantes refieren que a veces realizan manualidades, mientras que el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido hace manualidades.



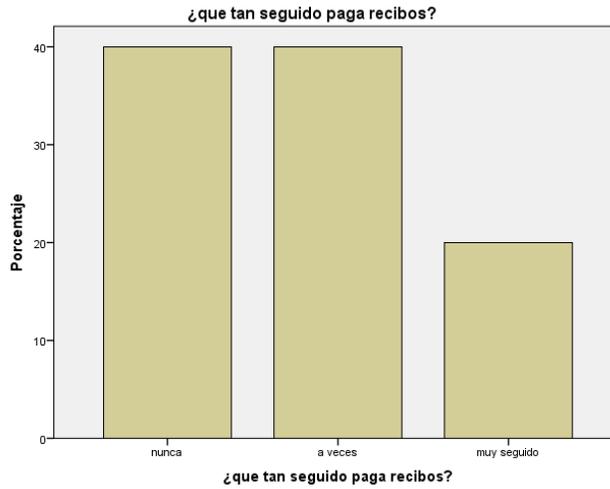
Gráfica 25 frecuencia en la actividad de bailar

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca bailan, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces baila y el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido realizan esta actividad.



Gráfica 26 frecuencia en la actividad de escuchar la radio

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que nunca escucha la radio, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces escucha la radio, el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido escuchan la radio y el 20% que equivale a 1 participante refiere que todos los días escucha la radio.



Gráfica 27 frecuencia en la actividad de pagar recibos

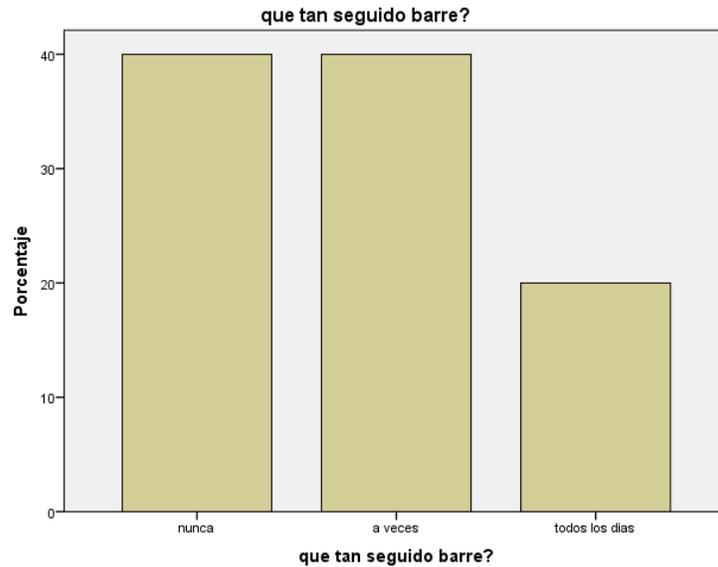
Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca pagan recibos, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad y el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido realiza esta actividad.



Gráfica 28 Frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria en las mujeres

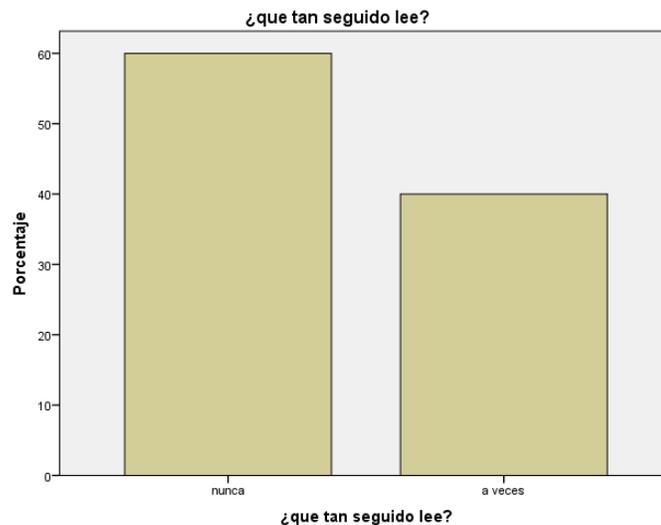
Según la gráfica, se puede evidenciar que las mujeres institucionalizadas en el Asilo San José realizan más las actividades de la vida diaria, como lo son las de los juegos de mesa, comer frutas y verduras e ir a la iglesia.

Frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria de los hombres.



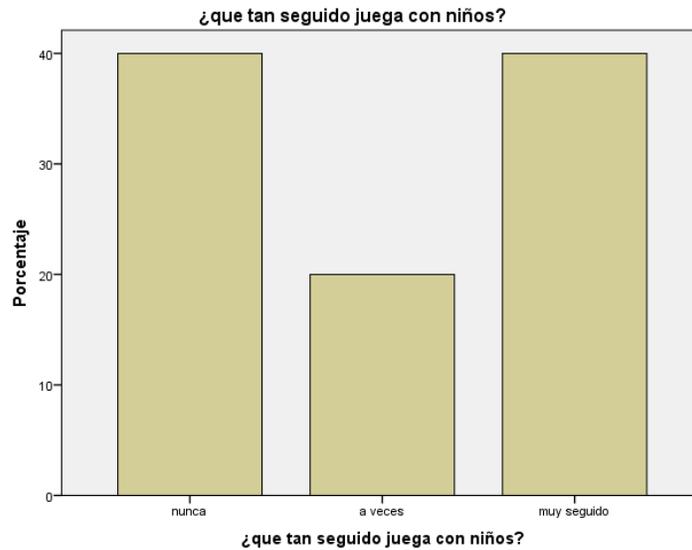
Gráfica 29 frecuencia en la actividad de barrer

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes, refieren que nunca barren, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad y el 20% que equivale a 1 participante refiere que todos los días barren.



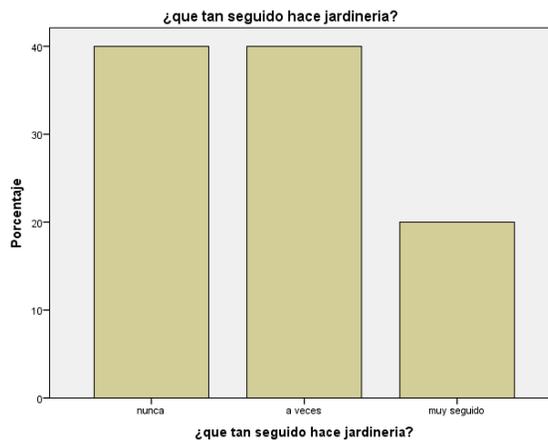
Gráfica 30 frecuencia en la actividad de leer

Se puede evidenciar que el 60% que equivale a 3 participantes, refieren que nunca leen, mientras que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad.



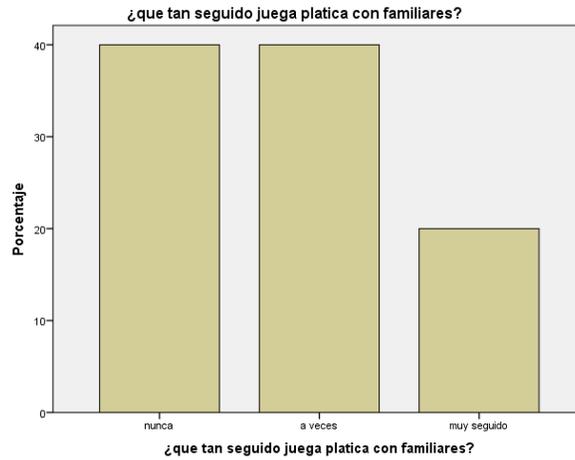
Gráfica 31 frecuencia en la actividad de jugar con niños

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca realizan esta actividad, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces juega con niños, mientras que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido juegan con niños.



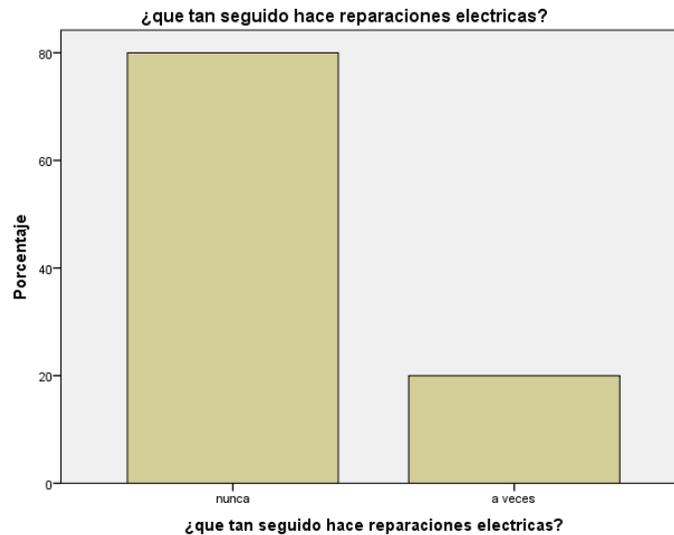
Gráfica 32 frecuencia en la actividad de hacer jardinería

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca hacen jardinería, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad, por otra parte, el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido hace jardinería.



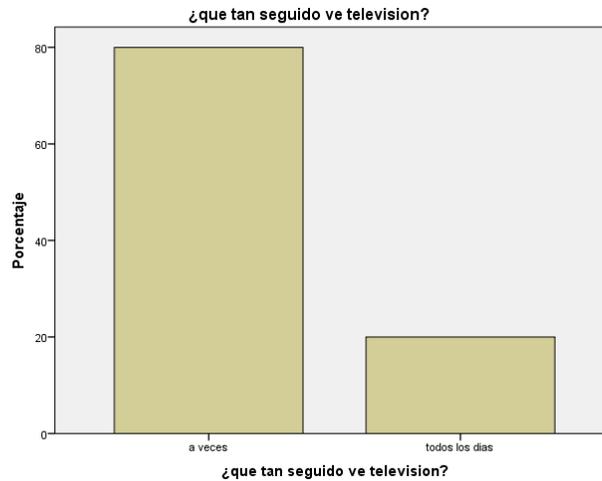
Gráfica 33 frecuencia en la actividad de platicar con familiares

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca realizan esta actividad, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad y el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido platica con familiares.



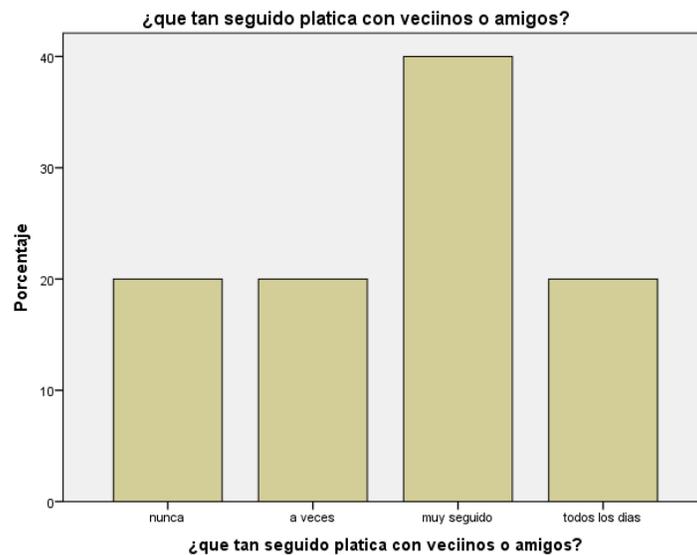
Gráfica 34 frecuencia en la actividad de reparaciones eléctricas

Se puede evidenciar que el 80% que equivale a 4 participantes refieren que nunca realizan reparaciones eléctricas mientras que el 20% que equivale a q participante a veces realiza esta actividad.



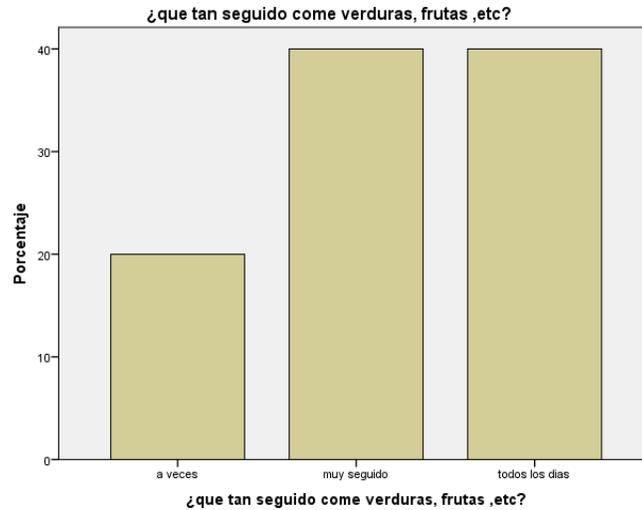
Gráfica 35 frecuencia en la actividad de ver televisión

Se puede evidenciar que el 80% que equivale a 4 participantes refieren que a veces realizan esta actividad, mientras que el 20% que equivale a 1 participante refiere que todos los días ve televisión.



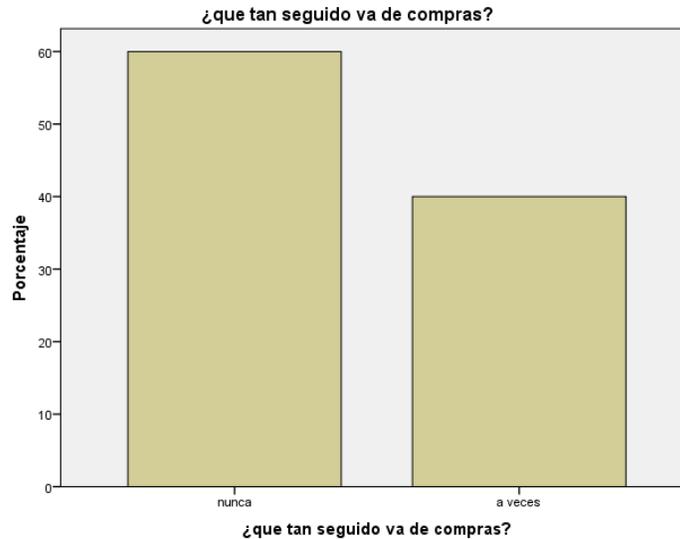
Gráfica 36 frecuencia en la actividad de platicar con vecinos o amigos

Se puede evidenciar que 20% que equivale a 1 participante refiere que nunca platica con vecinos o amigos, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces realiza esta actividad, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido realizan esta actividad y el 20% que equivale a 1 participante refiere que todos los días realiza esta actividad.



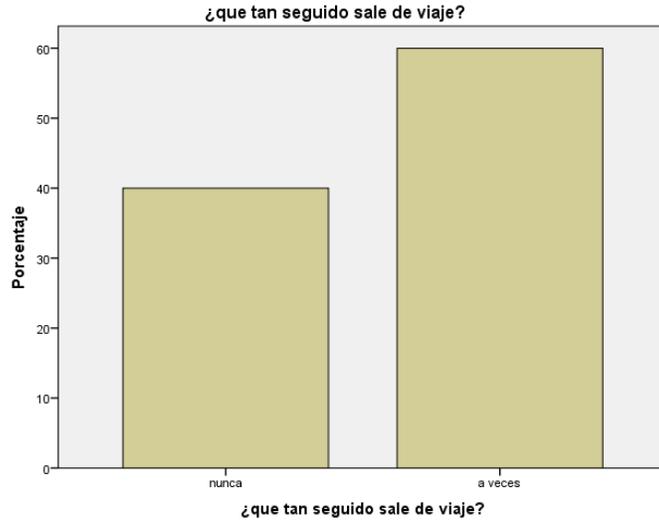
Gráfica 37 frecuencia en la actividad de comer frutas y verduras

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces realiza esta actividad, el 40% que equivale a 2 participantes realizan esta actividad muy seguido y el 40% que equivale a 2 participantes refieren que todos los días realizan esta actividad.



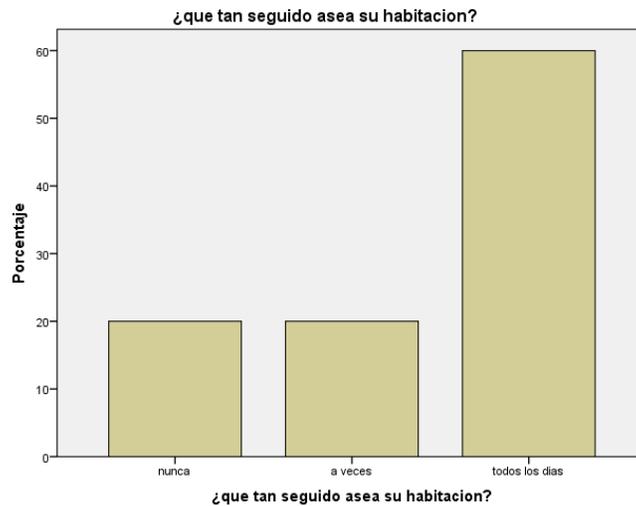
Gráfica 38 frecuencia en la actividad de ir de compras

Se puede evidenciar que el 60% que equivale a 3 participantes refieren que nunca van de compras, mientras que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad.



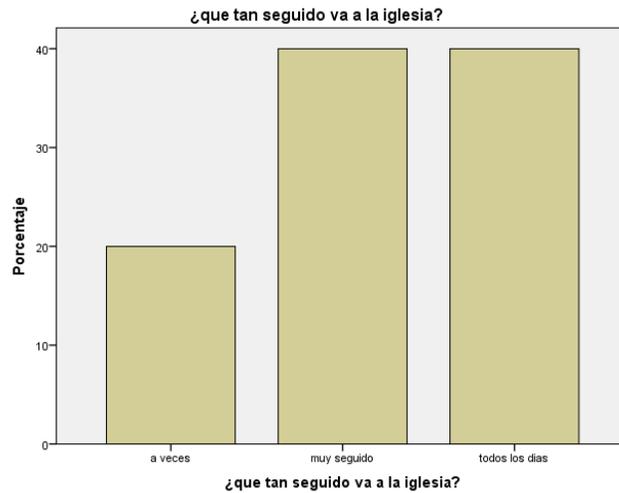
Gráfica 39 frecuencia en la actividad de salir de viaje

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes, refieren que nunca salen de viaje, mientras que el 60% que equivale a 3 participantes, refieren que a veces realizan esta actividad.



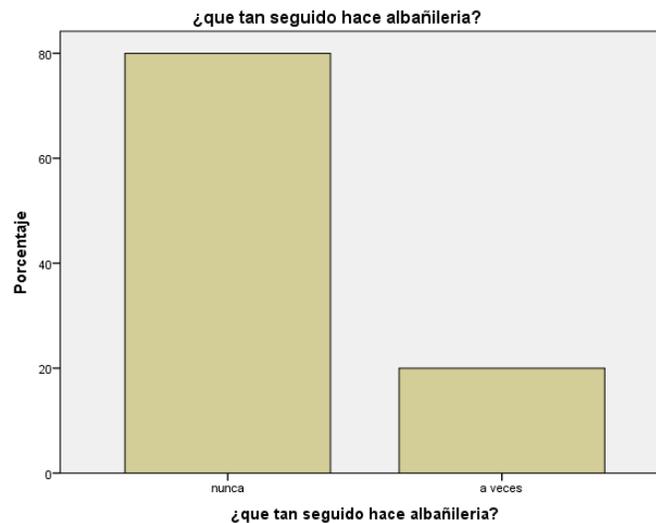
Gráfica 40 frecuencia en la actividad de asear la habitación

Se puede evidenciar que el 20% que equivale 1 participante refiere que nunca realizan esta actividad, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces asear su habitación, el 60% que equivale a 3 participantes refieren que todos los días asean su habitación.



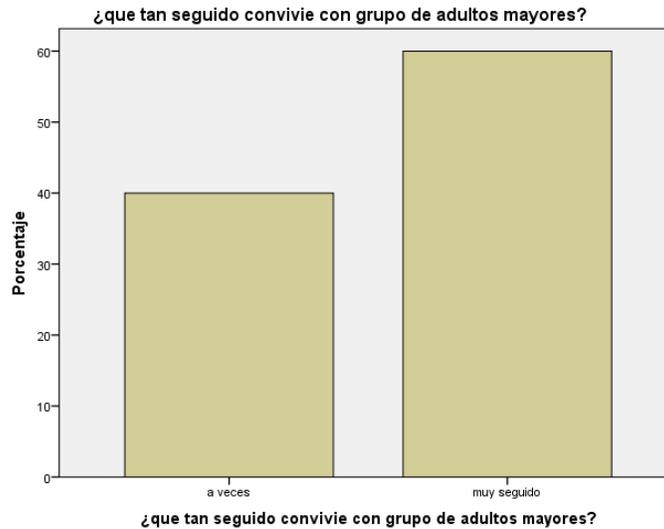
Gráfica 41 frecuencia en la actividad de ir a la iglesia

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces va a la iglesia, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido van a la iglesia y el 40% que equivalen a 2 participantes refieren que todos los días van a la iglesia.



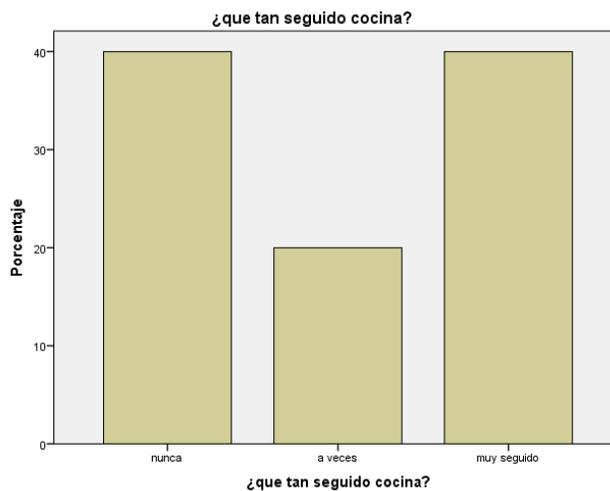
Gráfica 42 frecuencia en la actividad de hacer albañilería

Se puede evidenciar que el 80% que equivale a 4 participantes refieren que nunca hacen albañilería mientras que el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces realizan esta actividad.



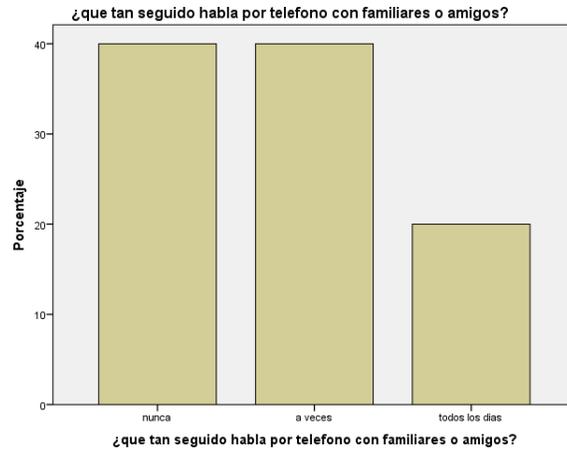
Gráfica 43 frecuencia en la actividad de convivir con adultos mayores

Se evidencia que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad mientras que el 60% que equivale a 3 participantes refieren que realizan esta actividad muy seguido.



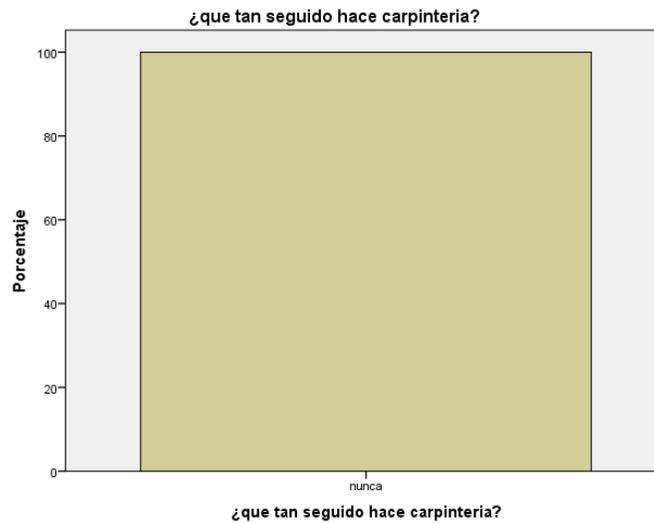
Gráfica 44 frecuencia en la actividad de cocinar

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes nunca cocinan, el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces cocina y el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido realizan esta actividad.



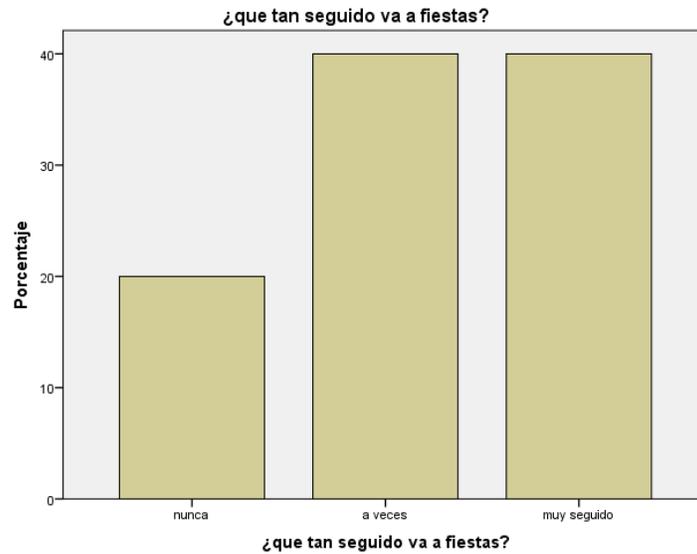
Gráfica 45 frecuencia en la actividad de hablar por teléfono con amigos o familiares

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes refieren que nunca realizan esta actividad, el 40% que equivale a 2 participantes a veces hablan por teléfono con familiares o amigos y el 20% que equivale a 1 participante refiere que todos los días habla por teléfono con familiares o amigos.



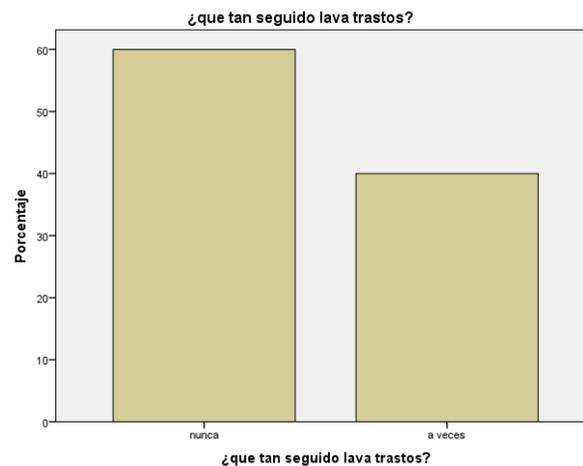
Gráfica 46 frecuencia en la actividad de hacer carpintería

Se puede evidenciar que el 100% que equivale a 5 participantes refieren que nunca hacen carpintería.



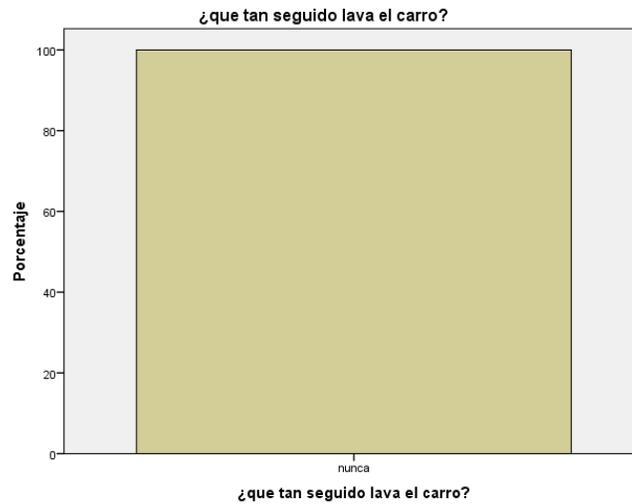
Gráfica 47 frecuencia en la actividad de ir a fiestas

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que nunca va a fiestas, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces realizan esta actividad y el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido van a fiestas.



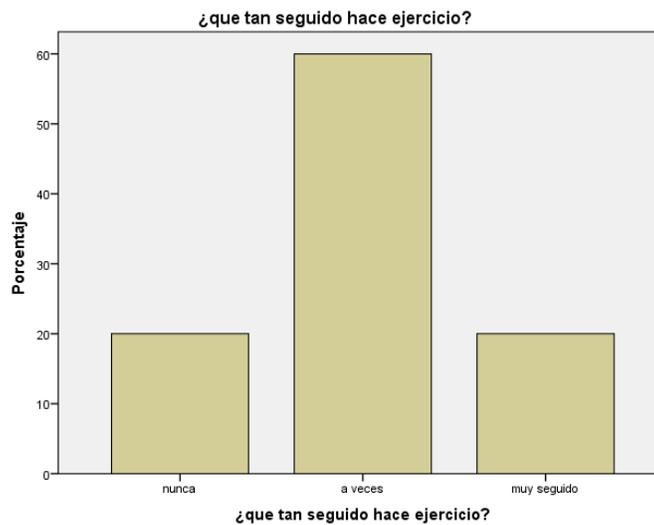
Gráfica 48 frecuencia en la actividad de lavar trastos

Se puede evidenciar que el 60% que equivale a 3 participantes refieren que nunca lavan los trastos mientras que el 40% que equivale a 2 participnates refieren que a veces realizan esta actividad.



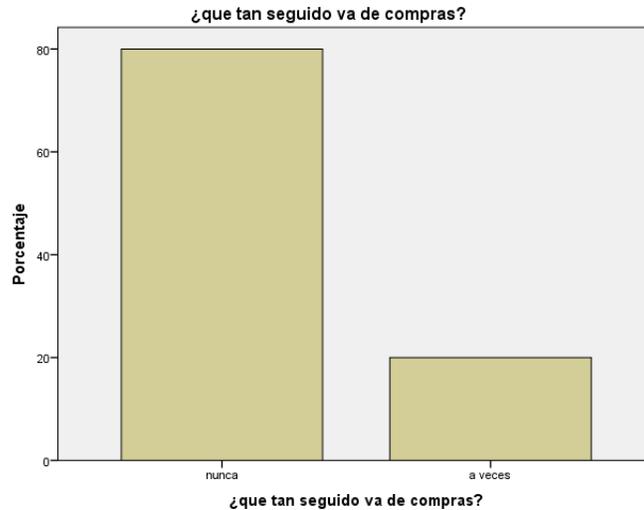
Gráfica 49 frecuencia en la actividad de lavar el carro

Se puede evidenciar que el 100% que equivale a 5 participantes refieren que nunca lavan el carro.



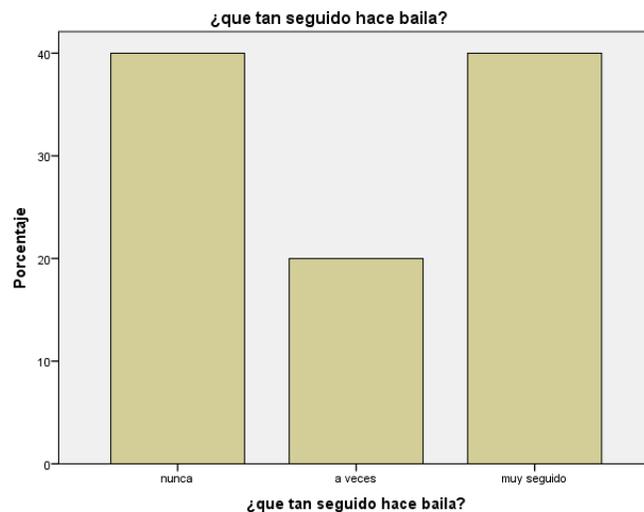
Gráfica 50 frecuencia en la actividad de hacer ejercicio

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que nunca hace ejercicio, el 60% que equivale a 3 participante refieren que a veces realizan esta actividad y el 20% que equivale a 1 participante refiere que realiza esta actividad muy seguido.



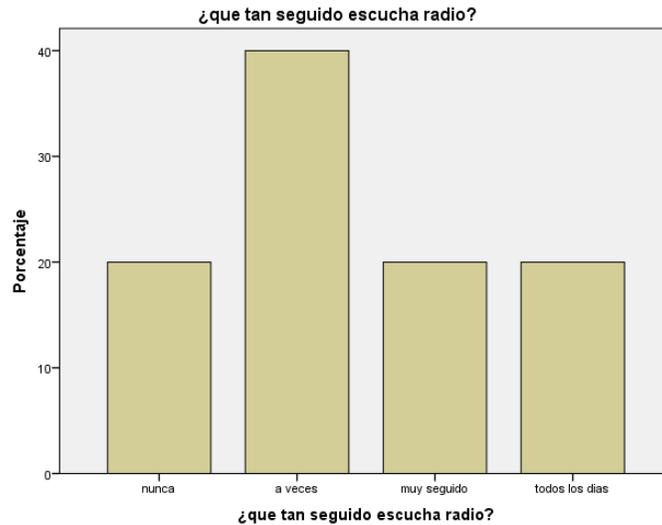
Gráfica 51 frecuencia en la actividad de hacer plomería

Se puede evidenciar que el 80% que equivale a 4 participantes, que refieren que nunca hacen esta actividad, mientras que el 20% que equivale a 1 participante refiere que a veces hacen esta actividad.



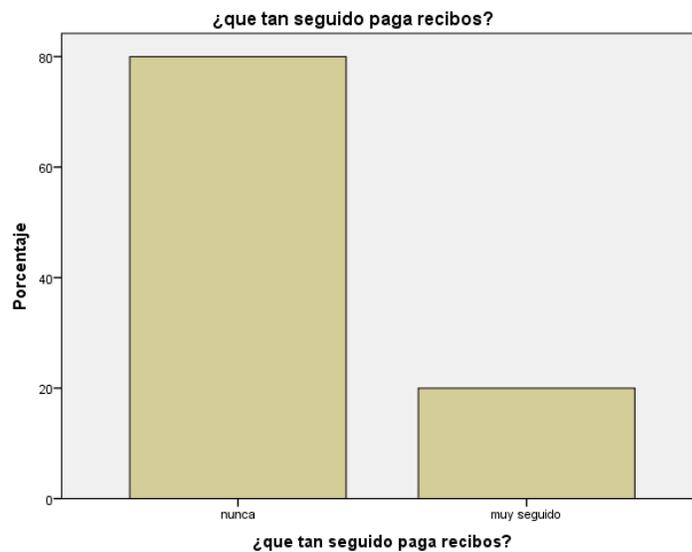
Gráfica 52 frecuencia en la actividad de bailar

Se puede evidenciar que el 40% que equivale a 2 participantes que refieren que nunca realizan esta actividad, el 20% equivale a 1 participante refiere que a veces realiza esta actividad y el 40% que equivale a 2 participantes refieren que muy seguido bailan.



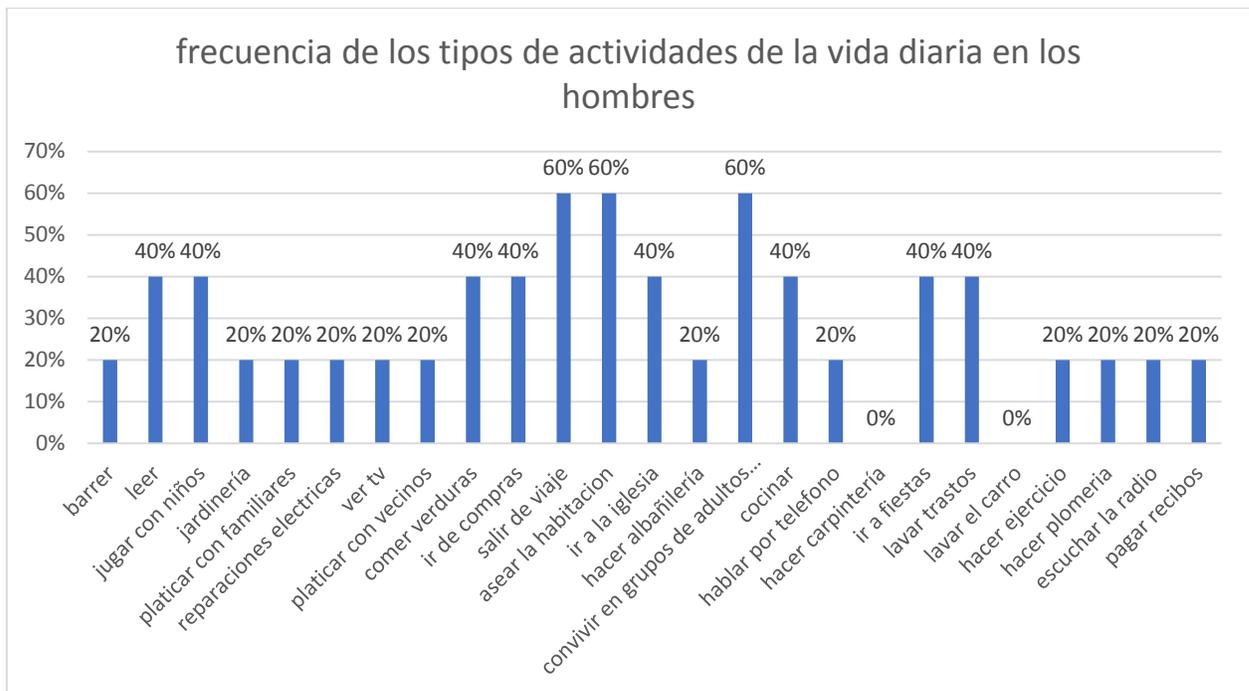
Gráfica 53 frecuencia en la actividad de escuchar radio

Se puede evidenciar que el 20% que equivale a 1 participante refiere que nunca escucha radio, el 40% que equivale a 2 participantes refieren que a veces escuchan la radio, el 20% equivale a 1 participante refiere que muy seguido escucha la radio y el 20% que equivale a 1 participante refiere que todos los días escucha la radio.



Gráfica 54 frecuencia en la actividad de pagar recibos

Se puede evidenciar que el 80% que equivale a 4 participantes refieren que nunca realizan esta actividad mientras que el 20% que equivale a 1 participante refiere que muy seguido realiza esta actividad



Gráfica 55 frecuencia de los tipos de actividades de la vida diaria en los hombres

Se puede evidenciar que los tipos de actividades de la vida diaria que realizan los hombres institucionalizados en el Asilo San Jose, las que presentan mayor puntuación son: salir de viaje, asear la habitación y convivir con grupos de adultos mayores.

Partiendo de lo anterior, para poder identificar los niveles de dependencia, independencia y adaptación psicológica en los adultos mayores institucionalizados en el Asilo San José de Pamplona, es necesario poder identificar la aplicación de estrategias adaptativas de Selección, Optimización y Compensación por parte de evaluado, se requiere de preguntas adicionales a las contenidas en el INACVIDIAM; por ejemplo, en toda aquella actividad que la persona responda de manera afirmativa a la pregunta ¿tiene dificultades para realizar esta actividad?, se le puede pedir que responda adicionalmente a la pregunta ¿ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad? A la persona que responda de forma afirmativa a esta pregunta, se le pide que elija de la siguiente lista de revisión (tabla 6) los cambios que ha realizado en tal actividad:

**LISTA DE REVISIÓN DE ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS SOC EN
EL ICNAVIDIAM**

Selección	llevar a cabo la actividad con menor frecuencia
	evitar por completo llevar a cabo la actividad
Optimización	Invertir más tiempo o esfuerzo para llevar a cabo la actividad
	Utilizar movimientos para evitar el dolor o rigidez
	tener periodos de descanso
	hacer ejercicio
	planear la actividad
compensación	utilizar bastón, lentes, audífonos, andadera, etc.
	pedir ayuda a otras personas
	sustituir una actividad u objeto por otro

Tabla 6 Lista de revisión de estrategias adaptativas de selección, optimización y compensación en el INACVIDIAM

Al realizar un análisis detallado de cada uno de los ítems que comprenden tres preguntas en cada uno de ellos, de la prueba INACVIDIAM, en su versión femenina y masculina, las cuales cuentan con opciones de respuesta para la pregunta principal: nunca, a veces, muy seguido y todos los días y para las otras dos preguntas, las opciones de respuesta son de: si y no, se pudo evidenciar que:

Versión Femenina.

VERSIÓN FEMENINA DEL INACVIDIAM

PARTICIPANTE 1		EDAD: 75 años	
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades	
		Baja (0 a 33)	Media (34 a 43) Alta (44 o más)
Baja (0 a 19)	Baja (0 a 1)		
	Media (2 a 5)		
	Alta (6 o más)		
Media (20 a 23)	Baja (0 a 1)		
	Media (2 a 5)		
	Alta (6 o más)		
Alta (24 a más)	Baja (0 a 1)		
	Media (2 a 5)		
	Alta (6 o más)		X

Tabla 7 Participante 1 (Versión Femenina)

TABLA DE VACIADO SOBRE DIFICULTADES Y CAMBIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA VERSION FEMENINA DEL INACVIDIAM

Reactivo	¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?		¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?	
	Sí	No	Sí	No
Cocinar		X		
Leer		X		

Jugar con niños	X	
Lavar ropa	X	
Jugar juegos de mesa	X	
Platicar con familiares	X	
Lavar trastos	X	
Ver televisión	X	
Platicar con vecinos o amigos	X	
Comer frutas, verduras, etc.	X	
Asear su habitación	X	X
Salir de viaje	X	
Barrer	X	
Ir a la Iglesia	X	
Planchar ropa	X	
Convivir en grupos de adultos mayores	X	
Hacer costuras o bordar	X	
Cuidar enfermos	X	
Hacer ejercicio	X	
Hablar por teléfono con familia o amigos	X	
Hacer jardinería	X	X
Ir a fiestas	X	X

Ir de compras	X	X
Hacer manualidades	X	
Bailar	X	X
Escuchar radio	X	
Pagar la luz o agua o hacer cobros	X	X

Tabla 8 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 1 (Versión Femenina)

Se puede observar que la participante 1, de 75 años presenta una frecuencia media en la realización de las actividades diarias con un total de 39, una alta satisfacción con un total de 27 y una alta dificultad con 6 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que la participante presenta una mediana frecuencia de actividades, lo cual la tiene satisfecha, pero presenta dificultad para realizar las actividades, la participante respondió de manera afirmativa a 6 reactivos a la pregunta A *¿tiene dificultad para realizar esta actividad?* En cuanto a esta respuesta afirmativa en cada uno de los reactivos se le cuestionó si B *¿ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?* Señalando las estrategias del modelo SOC las cuales se referencian en la tabla 6 donde ella debe elegir una de estas, los reactivos que ella seleccionó como afirmativos ante la pregunta A fueron de carácter de movimiento y desplazamiento, dando como respuesta al proceso de *Selección* en el cual ella escoge *“llevar a cabo la actividad con menor frecuencia”* lo que quiere decir según (Acosta C. 2011) se establece una prioridad sobre las actividades que puede realizar con mas eficiencia dejando las dificultades como posibles acciones a la hora de llevarlas a cabo.

Por lo cual se empieza a hablar sobre la adaptación psicológica que ella realiza dentro del proceso en la organización de comportamientos y respuestas a las diferentes circunstancias de realización de actividades (Estrada M. 2008).

VERSIÓN FEMENINA DEL INACVIDIAM				
PARTICIPANTE 2		EDAD: 86 años		
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades		
		Baja (0 a 33)	Media (34 a 43)	Alta (44 o más)
Baja (0 a 19)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Media (20 a 23)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Alta (24 a más)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)	X		
	Alta (6 o más)			

Tabla 9 Participante 2 (Versión Femenina)

TABLA DE VACIADO SOBRE DIFICULTADES Y CAMBIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA VERSION FEMENINA DEL INACVIDIAM

Reactivo	¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?		¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?	
	Sí	No	Sí	No

Cocinar	X	X
Leer	X	
Jugar con niños	X	
Lavar ropa	X	
Jugar juegos de mesa	X	
Platicar con familiares	X	
Lavar trastos	X	
Ver televisión	X	
Platicar con vecinos o amigos	X	
Comer frutas, verduras, etc.	X	
Asear su habitación	X	X
Salir de viaje	X	
Barrer	X	X
Ir a la Iglesia	X	X
Planchar ropa	X	
Convivir en grupos de adultos mayores	X	
Hacer costuras o bordar	X	
Cuidar enfermos	X	
Hacer ejercicio	X	X
Hablar por teléfono con familia o amigos	X	X
Hacer jardinería	X	
Ir a fiestas	X	
Ir de compras	X	
Hacer manualidades	X	
Bailar	X	
Escuchar radio	X	
Pagar la luz o agua o hacer cobros	X	

Tabla 10 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 2 (Versión Femenina)

Se puede observar que la participante 2, de 86 años presenta una frecuencia media en la realización de las actividades diarias con un total de 28, una alta satisfacción con un total de 27 y una media dificultad con 5 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que la participante presenta una mediana frecuencia de actividades, lo cual la tiene satisfecha, pero presenta dificultad para realizar las actividades, la participante respondió de manera afirmativa a 5 reactivos a la pregunta A *¿tiene dificultad para realizar esta actividad?* En cuanto a esta respuesta afirmativa en cada uno de los reactivos se le cuestionó si *B¿ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?* Señalando las estrategias del modelo SOC las cuales se referencian en la tabla 6 donde ella debe elegir una de estas, los reactivos que ella seleccionó como afirmativos ante la pregunta A fueron de carácter de movimiento y desplazamiento, dando como respuesta al proceso de *Selección* en el cual ella escoge “*evitar por completo llevar a cabo la actividad*” lo que quiere decir según (Acosta C. 2011) que se enfrenta la pérdida enfocándola en objetivos mas importantes y renunciando a las aspiraciones provenientes de la pérdida.

Con lo anterior se puede señalar el proceso adaptativo dependiendo influenciadamente de la correlación del individuo con lo que le rodea, señalando que su respuesta es la que se crea favorable o no al cambio de los procesos presentes en el ciclo vital. (Acosta C. 2011)

VERSIÓN FEMENINA DEL INACVIDIAM				
PARTICIPANTE 3		EDAD: 82 años		
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades		
		Baja (0 a 33)	Media (34 a 43)	Alta (44 o más)
Baja (0 a 19)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Media (20 a 23)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			X
Alta (24 a más)	Baja (0 a 1)			

Media (2 a 5)

Alta (6 o más)

Tabla 11 Participante 3 (Versión Femenina)

TABLA DE VACIADO SOBRE DIFICULTADES Y CAMBIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA VERSION FEMENINA DEL INACVIDIAM

Reactivo	¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?		¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?	
	Sí	No	Sí	No
Cocinar		X		
Leer	X		X	
Jugar con niños		X		
Lavar ropa		X		
Jugar juegos de mesa	X		X	
Platicar con familiares		X		
Lavar trastos		X		
Ver televisión	X		X	
Platicar con vecinos o amigos		X		

Comer frutas, verduras, etc.	X	
Asear su habitación	X	
Salir de viaje	X	
Barrer	X	
Ir a la Iglesia	X	
Planchar ropa	X	
Convivir en grupos de adultos mayores	X	
Hacer costuras o bordar	X	X
Cuidar enfermos	X	
Hacer ejercicio	X	X
Hablar por teléfono con amigos y familiares	X	
Hacer jardinería	X	
Ir a fiestas	X	
Ir de compras	X	X
Hacer manualidades	X	X
Bailar	X	
Escuchar radio	X	
Pagar la luz o agua o hacer cobros	X	

Tabla 12 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 3 (Versión Femenina)

Se puede observar que la participante 3, de 82 años presenta una frecuencia media en la realización de las actividades diarias con un total de 37, una alta satisfacción con un total de

20 y una alta dificultad con 8 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que la participante presenta una mediana frecuencia de actividades, lo cual la tiene satisfecha, pero presenta dificultad para realizar las actividades, la participante respondió de manera afirmativa a 6 reactivos a la pregunta A *¿tiene dificultad para realizar esta actividad?* En cuanto a esta respuesta afirmativa en cada uno de los reactivos se le cuestionó si B *¿ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?* Señalando las estrategias del modelo SOC las cuales se referencian en la tabla 6 donde ella debe elegir una de estas, los reactivos que ella seleccionó como afirmativos ante la pregunta A fueron de carácter de más sencillas para su realización, como por ejemplo ver televisión entre otras, dando como respuesta al proceso de *compensación* en el cual ella escoge “*utilizar lentes*” lo que quiere decir según (Acosta C. 2011) pues le permite realizar algunas actividades mediante herramientas que le permitan ejecutar la actividad.

Por lo cual se puede decir que el adulto mayor realiza un proceso activo en el cual el individuo interacciona con el ambiente o utiliza herramientas para la satisfacción de sus necesidades y metas. (Estrada M. 2008) citando a Vidal (2000).

VERSIÓN FEMENINA DEL INACVIDIAM

PARTICIPANTE 4 EDAD: 62 años

Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades		
		Baja (0 a 33)	Media (34 a 43)	Alta (44 o más)
Baja (0 a 19)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Media (20 a 23)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Alta (24 a más)	Baja (0 a 1)	X		
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			

Tabla 13 Participante 4 (Versión Femenina)

Se puede observar que la participante 4, de 62 años presenta una frecuencia media en la realización de las actividades diarias con un total de 32, una alta satisfacción con un total de 27 y una dificultad con 0 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que la participante presenta una baja frecuencia de actividades, lo cual la tiene satisfecha, presenta baja dificultad para realizar las actividades, la participante respondió negativamente a las preguntas sobre dificultad.

PARTICIPANTE 5		EDAD: 70 años		
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades		
		Baja (0 a 33)	Media (34 a 43)	Alta (44 o más)
Baja (0 a 19)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Media (20 a 23)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Alta (24 a más)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)		X	
	Alta (6 o más)			

Tabla 14 Participante 5 (Versión Femenina)

TABLA DE VACIADO SOBRE DIFICULTADES Y CAMBIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA VERSION FEMENINA DEL INACVIDIAM

Reactivo	¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?		¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?	
	Sí	No	Sí	No
Cocinar			X	
Leer	X			X

Jugar con niños	X	X
Lavar ropa	X	
Jugar juegos de mesa	X	
Platicar con familiares	X	
Lavar trastos	X	
Ver televisión	X	
Platicar con vecinos o amigos	X	
Comer frutas, verduras, etc.	X	
Asear su habitación	X	
Salir de viaje	X	
Barrer	X	
Ir a la Iglesia	X	
Planchar ropa	X	
Convivir en grupos de adultos mayores	X	
Hacer costuras o bordar	X	
Cuidar enfermos	X	
Hacer ejercicio	X	
Hablar por teléfono con amigos y familiares	X	
Hacer jardinería	X	
Ir a fiestas	X	

Ir de compras	X
Hacer manualidades	X
Bailar	X
Escuchar radio	X
Pagar la luz o agua o hacer cobros	X

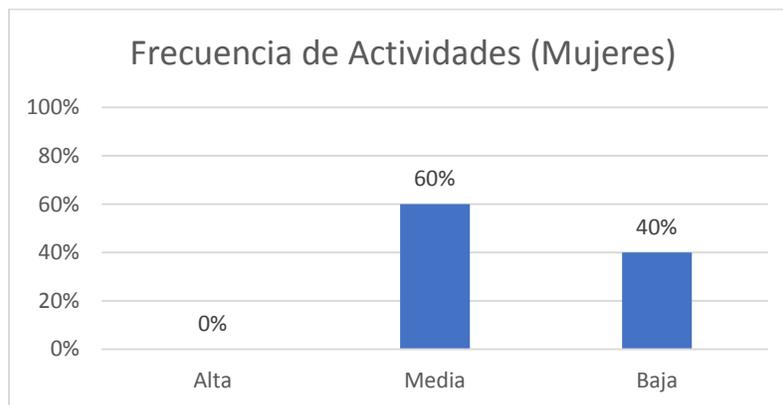
Tabla 15 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 5 (Versión Femenina)

Se puede observar que la participante 5, de 70 años presenta una frecuencia media en la realización de las actividades diarias con un total de 37, una alta satisfacción con un total de 27 y una media dificultad con 2 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que la participante presenta una mediana frecuencia de actividades, lo cual la tiene satisfecha, y presenta poca dificultad para realizar las actividades, la participante respondió de manera afirmativa a 2 reactivos a la pregunta A *¿tiene dificultad para realizar esta actividad?* En cuanto a esta respuesta afirmativa en cada uno de los reactivos se le cuestionó si B *¿ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?* Señalando las estrategias del modelo SOC las cuales se referencian en la tabla 6 donde ella debe elegir una de estas, los reactivos que ella seleccionó como afirmativos ante la pregunta A fueron de carácter de lectura y relacionarse con niños, dando como respuesta al proceso de *selección* en el cual ella escoge “*evitar por completo llevar a cabo la actividad*” y el proceso de *compensación* en el cual ella elige “*sustituir una actividad u objeto por otro*” lo que quiere decir según (Acosta C. 2011). En el proceso de selección la persona que enfrenta pérdidas se enfoca en los objetivos más importantes y renuncia a los menos importantes, mientras en el proceso de compensación se motiva más por el autodesarrollo, es decir, la persistencia en cambiar obstáculos y así adquirir nuevas habilidades.

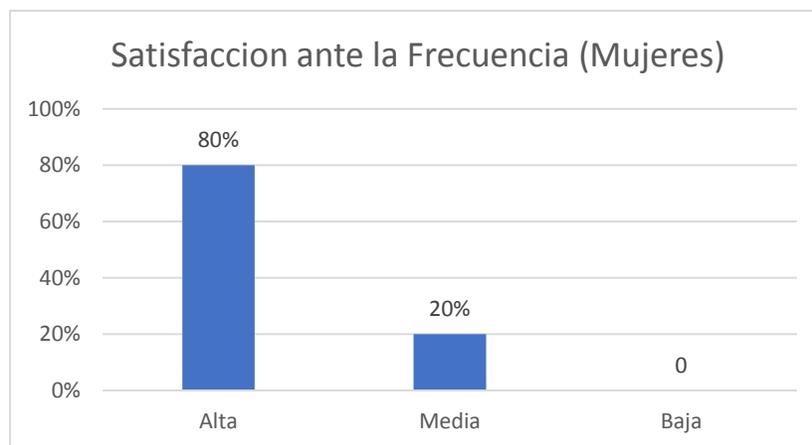
Cada una de las participantes afronta de manera diferente cada situación que se va presentando, la adaptación se puede ver como un logro se da de forma positiva o negativa,

teniendo en cuenta que el proceso adaptativo depende influenciada mente de la correlación del individuo con lo que lo rodea y de esta manera buscar nuevas estrategias.

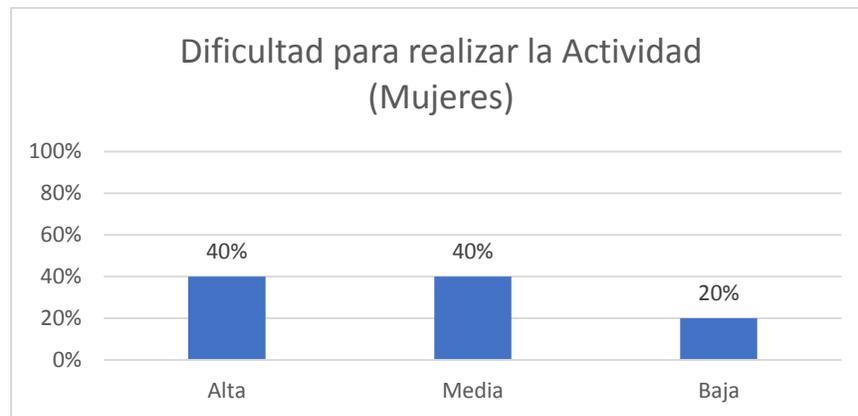
A continuación, se presentan las gráficas generales de la versión femenina, con el propósito de describir la frecuencia de actividades, la satisfacción al realizar dichas actividades y la dificultad que presentan para realizar las actividades.



Gráfica 56 Frecuencia de Actividades (Versión Femenina)



Gráfica 57 Satisfacción ante la frecuencia (Versión Femenina)



Gráfica 58 Dificultad para realizar la Actividad (Versión Femenina)

Se puede observar en la gráfica 1 que, de las 5 participantes, 3 tienen una media frecuencia en la realización de las actividades siendo el 60% y el 40% presentan una baja frecuencia lo cual se puede evidenciar que la funcionalidad del adulto mayor se ve enmarcada en las facultades y frecuencia con las que realiza actividades de la vida diaria, vivir de manera independiente y conocer su autonomía. (Figuroa. L., Torres. G., Morales. X., Vega. P. & Juárez. A., 2016), al dejar de realizar ciertas actividades, dejan de un lado la independencia en su totalidad y se van enfocando a la dependencia y aunque presenten alta satisfacción con un 80%, (gráfica 2) es decir 4 de 5 mujeres se encuentran satisfechas con las actividades que realizan, la dificultad de la realización de estas actividades se encuentran así (gráfica 3): 40% alta, 40% media y 20% baja, se ha dejado en evidencia al dejar de realizar actividades de la vida diaria, el adulto mayor del asilo San José presentan tendencias de dependencia.

Versión Masculina

VERSIÓN MASCULINA DEL INACVIDIAM			
PARTICIPANTE 1		EDAD: 77 años	
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades	
		Baja (0 a 23)	Media (24 a 34)
Baja (0 a 16)	Baja (0 a 1)		
	Media (2 a 5)		
	Alta (6 o más)		
Media (17 a 22)	Baja (0 a 1)		
	Media (2 a 5)		
	Alta (6 o más)		
Alta (23 a más)	Baja (0 a 1)		
	Media (2 a 5)		X
	Alta (6 o más)		

Tabla 16 Participante 1 (Versión Masculina)

TABLA DE VACIADO SOBRE DIFICULTADES Y CAMBIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA VERSION FEMENINA DEL INACVIDIAM

Reactivo	¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?	¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?

	Sí	No	Sí	No
Barrer		X		
Leer	X		x	
Jugar con niños		X		
Hacer jardinería		X		
Platicar con familiares		X		
Hacer reparaciones eléctricas		X		
Ver televisión	X		X	
Platicar con vecinos o amigos		X		
Comer verduras, frutas, etc.	X		X	
Ir de compras		X		
Salir de viaje		X		
Asear su habitación		X		
Ir a la iglesia		X		
Hacer albañilería		X		
Convivir en grupos de adultos mayores		X		
Cocinar		X		
Hablar por teléfono con familia o amigos		X		
Hacer carpintería		X		
Ir a fiestas		X		

Lavar trastos	X
Lavar el carro	X
Hacer ejercicio	X
Hacer plomería	X
Bailar	X
Escuchar la radio	X
Pagar la luz o agua o hacer cobros	X

Tabla 17 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 1 (Versión Masculina)

Se puede observar que el participante 1, de 77 años presenta una frecuencia alta en la realización de las actividades diarias con un total de 35, una alta satisfacción con un total de 24 y una media dificultad con 3 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que el participante presenta una frecuencia favorable de actividades, lo cual lo tiene satisfecho, y presenta poca dificultad para realizar las actividades, el participante respondió de manera afirmativa a 3 reactivos a la pregunta A *¿tiene dificultad para realizar esta actividad?* En cuanto a esta respuesta afirmativa en cada uno de los reactivos se le cuestionó si B *¿ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?* Señalando las estrategias del modelo SOC las cuales se referencian en la tabla 6 donde ella debe elegir una de estas, los reactivos que el seleccionó como afirmativos ante la pregunta A fueron de carácter sencillo, dando como respuesta al proceso de *compensación* en el cual el escoge “*sustituir una actividad u objeto por otro*” y el proceso de *compensación* en el cual ella elige “*sustituir una actividad u objeto por otro*” lo que quiere decir según (Acosta C. 2011). En el proceso de compensación se refleja la promoción de conductas que indican la inversión de medios alternativos o sustitutos ante la pérdida.

La adaptación psicológica que se presenta en cada situación de los participantes es diferente, en este caso al presentar una frecuencia alta en la realización de las actividades, la adaptación se puede ver como un logro positivo, pues la persona se siente cómoda psicológicamente. Estrada. M. (2008) refiriendo a (Lazarus, 1961)

VERSIÓN MASCULINA DEL INACVIDIAM				
PARTICIPANTE 2		EDAD: 60 años		
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades		
		Baja (0 a 23)	Media (24 a 34)	Alta (35 o más)
Baja (0 a 16)	Baja (0 a 1)	X		
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Media (17 a 22)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Alta (23 a más)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			

Tabla 18 Participante 2 (Versión Masculina)

Se puede observar que el participante 2, de 60 años presenta una frecuencia baja en la realización de las actividades diarias con un total de 20, una satisfacción baja con un total de 15 y una dificultad con 0 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que el participante presenta una baja frecuencia de actividades, lo cual lo tiene satisfecho, presenta baja dificultad para realizar las actividades, el participante respondió negativamente a las preguntas sobre dificultad.

VERSIÓN MASCULINA DEL INACVIDIAM				
PARTICIPANTE 3		EDAD: 79 años		
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades		
		Baja (0 a 23)	Media (24 a 34)	Alta (35 o más)
Baja (0 a 16)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)	X		
	Alta (6 o más)			
Media (17 a 22)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Alta (23 a más)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			

Tabla 19 Participante 3 (Versión Masculina)

TABLA DE VACIADO SOBRE DIFICULTADES Y CAMBIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA VERSION FEMENINA DEL INACVIDIAM

Reactivo	¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?		¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?	
	Sí	No	Sí	No
Barrer		X		
Leer	X		X	

Jugar con niños	X	
Hacer jardinería	X	
Platicar con familiares	X	
Hacer reparaciones eléctricas	X	
Ver televisión	X	X
Platicar con vecinos o amigos	X	
Comer verduras, frutas, etc.	X	
Ir de compras	X	
Salir de viaje	X	X
Asear su habitación	X	
Ir a la iglesia	X	
Hacer albañilería	X	
Convivir en grupos de adultos mayores	X	
Cocinar	X	
Hablar por teléfono con familia o amigos	X	
Hacer carpintería	X	
Ir a fiestas	X	
Lavar trastos	X	
Lavar el carro	X	
Hacer ejercicio	X	

Hacer plomería	X
Bailar	X
Escuchar la radio	X
Pagar la luz o agua o hacer cobros	X

Tabla 20 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 3 (Versión Masculina)

Se puede observar que el participante 3, de 79 años presenta una frecuencia baja en la realización de las actividades diarias con un total de 21, una baja satisfacción con un total de 15 y una media dificultad con 3 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que el participante presenta una frecuencia no favorable de actividades, lo cual lo tiene satisfecho, y presenta poca dificultad para realizar las actividades, el participante respondió de manera afirmativa a 3 reactivos a la pregunta A *¿tiene dificultad para realizar esta actividad?* En cuanto a esta respuesta afirmativa en cada uno de los reactivos se le cuestionó si B *¿ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?* Señalando las estrategias del modelo SOC las cuales se referencian en la tabla 6 donde él debe elegir una de estas, los reactivos que el seleccionó como afirmativos ante la pregunta A fueron de carácter sencillo, dando como respuesta al proceso de *optimización* en el cual el escoge “*tener periodos de descanso*” lo que quiere decir según (Acosta C. 2011). En el proceso de optimización implica que la persona promueve conductas que describen la adquisición y persistencia cuando se topa con obstáculos

La adaptación psicológica que se presenta en cada situación de los participantes es diferente, en este caso al presentar una frecuencia baja en la realización de las actividades, la adaptación se puede ver como un logro positivo, pues la persona se siente cómoda psicológicamente. Estrada. M. (2008) refiriendo a (Lazarus, 1961)

VERSIÓN MASCULINA DEL INACVIDIAM				
PARTICIPANTE 4		EDAD: 70 años		
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades		
		Baja (0 a 23)	Media (24 a 34)	Alta (35 o más)
Baja (0 a 16)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			
Media (17 a 22)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)		X	
Alta (23 a más)	Baja (0 a 1)			
	Media (2 a 5)			
	Alta (6 o más)			

Tabla 21 Participante 4 (Versión Masculina)

TABLA DE VACIADO SOBRE DIFICULTADES Y CAMBIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA VERSIÓN FEMENINA DEL INACVIDIAM

Reactivo	¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?		¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?	
	Sí	No	Sí	No
Barrer	X		X	

Leer	X	
Jugar con niños	X	
Hacer jardinería	X	X
Platicar con familiares	X	
Hacer reparaciones eléctricas	X	X
Ver televisión	X	
Platicar con vecinos o amigos	X	
Comer verduras, frutas, etc.	X	
Ir de compras	X	
Salir de viaje	X	
Asear su habitación	X	
Ir a la iglesia	X	
Hacer albañilería	X	
Convivir en grupos de adultos mayores	X	
Cocinar	X	X
Hablar por teléfono con familia o amigos	X	
Hacer carpintería	X	
Ir a fiestas	X	
Lavar trastos	X	
Lavar el carro	X	

Hacer ejercicio	X	
Hacer plomería	X	X
Bailar	X	X
Escuchar la radio	X	
Pagar la luz o agua o hacer cobros	X	

Tabla 22 Tabla de vaciado sobre dificultades y cambios para realizar actividades. Participante 4 (Versión Masculina)

Se puede observar que el participante 4, de 70 años presenta una frecuencia media en la realización de las actividades diarias con un total de 30, una media satisfacción con un total de 22 y una alta dificultad con 8 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que el participante presenta una frecuencia mediana de actividades, lo cual lo tiene satisfecho, y presenta mucha dificultad para realizar las actividades, el participante respondió de manera afirmativa a reactivos a la pregunta A *¿tiene dificultad para realizar esta actividad?* En cuanto a esta respuesta afirmativa en cada uno de los reactivos se le cuestionó si B *¿ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad?* Señalando las estrategias del modelo SOC las cuales se referencian en la tabla 6 donde ella debe elegir una de estas, los reactivos que el seleccionó como afirmativos ante la pregunta A fueron de carácter complejo, en su mayoría que hacer cosas hogareñas, dando como respuesta al proceso de *compensación* en el cual el escoge *“sustituir una actividad u objeto por otro”* lo que quiere decir según (Acosta C. 2011). En el proceso de compensación se refleja la promoción de conductas que indican la inversión de medios alternativos o sustitutos ante la pérdida.

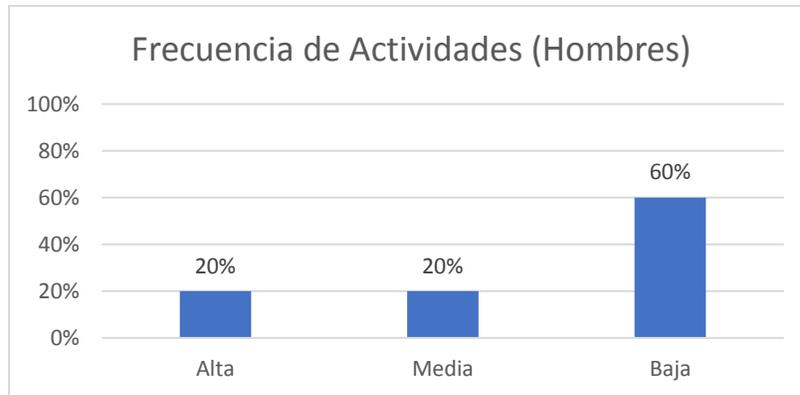
El proceso de adaptación depende del contexto, demostrando respuesta favorable o no en cada quien, según (Acosta. C., 2011) al tener menor estrés, mayor la capacidad de adaptación psicológica.

VERSIÓN MASCULINA DEL INACVIDIAM			
PARTICIPANTE 5		EDAD: 72 años	
Satisfacción	Dificultad	Frecuencia de Actividades	
		Baja (0 a 23)	Media (24 a 34)
Baja (0 a 16)	Baja (0 a 1)	X	
	Media (2 a 5)		
	Alta (6 o más)		
Media (17 a 22)	Baja (0 a 1)		
	Media (2 a 5)		
	Alta (6 o más)		
Alta (23 a más)	Baja (0 a 1)		
	Media (2 a 5)		
	Alta (6 o más)		

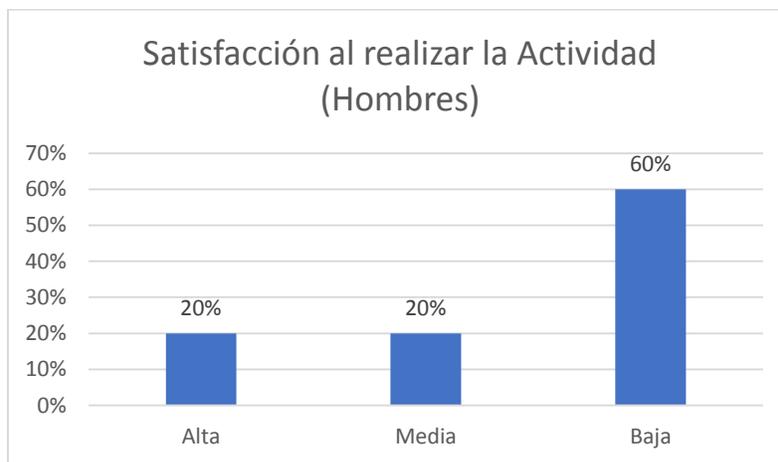
Tabla 23 Participante 5 (Versión Masculina)

Se puede observar que el participante 5, de 72 años presenta una frecuencia baja en la realización de las actividades diarias con un total de 9, una satisfacción baja con un total de 11 y una dificultad baja con 0 para realizar dichas actividades. Esto quiere decir que el participante presenta una baja frecuencia de actividades, lo cual lo tiene satisfecho, presenta baja dificultad para realizar las actividades, el participante respondió negativamente a las preguntas sobre dificultad.

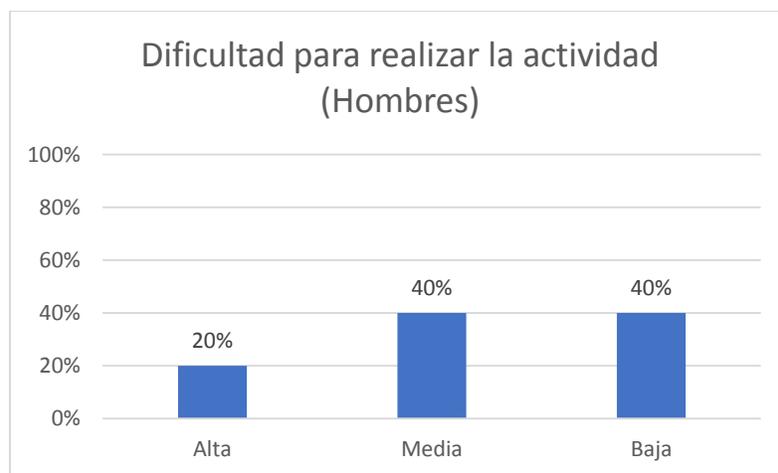
A continuación, se presentan las gráficas generales de la versión masculina, con el propósito de describir la frecuencia de actividades, la satisfacción al realizar dichas actividades y la dificultad que presentan para realizar las actividades.



Gráfica 59 Frecuencia de Actividades (Versión Masculina)



Gráfica 60 Satisfacción al realizar la Actividad (Versión Masculina)



Gráfica 61 Dificultad para realizar la actividad (Versión Masculina)

Se puede observar en la gráfica 4, que de los 5 participantes, 3 tienen una baja frecuencia en la realización de las actividades siendo el 60% de la población y el otro 40% presentan entre baja y alta frecuencia, evidenciando la funcionalidad del adulto mayor en sus facultades y el periodo con las que realiza dichas actividades de la vida diaria, su nivel de independencia y su autonomía. (Figueroa. L., Torres. G., Morales. X., Vega. P. & Juárez. A., 2016), al dejar de realizar ciertas actividades, dejan a un lado la independencia en su totalidad y se van enfocando en dejar dichas actividades, siendo este el resultado de una baja satisfacción en un 60%, (tabla 5) es decir 3 de 5 hombres se encuentran insatisfechos con las actividades que realizan a diario, señalando que su dificultad a la hora de realizarlas dichas acciones es entre 40% baja, 40% media y 20% alta, (grafica 6) es decir que 1 entre 5 hombres tienen dificultad, dejado en evidencia que en su mayoría los adultos mayores rechazan muchas de las actividades que ellos anterior mente ejercían, al ser institucionalizados en el asilo San José, presentan algunos procesos apáticos a la adaptación de su nuevo estilo de vida.

Conclusiones

Se puede concluir que, en relación con los resultados obtenidos en esta investigación, se puede evidenciar que todos los participantes presentaron puntuaciones en media en las escalas de validez de la prueba INACVIDIAM dentro de la medida establecida como lo refiere (Acosta. C., 2011).

Dentro de la prueba INACVIDIAM se pudo especificar los tipos de actividades de la vida diaria que realizan los adultos mayores del Asilo San José, en frecuencia, en los hombres, los puntajes mas altos fueron en: salir de viaje, asear la habitación y convivir con grupos de adultos mayores, y en las mujeres los puntajes mas altos fueron: los juegos de mesa, comer frutas y verduras e ir a la iglesia.

En la escala de frecuencia en la versión femenina se pudo evidenciar que la frecuencia de Actividades es significativamente media y baja dentro de la estadística donde las participantes 1, 3 y 5 presentan frecuencia de actividades de la vida diaria como media y las participantes 2 y 4 están en una frecuencia de actividades baja.

Por otra parte, en la escala de frecuencia en la versión masculina se pudo evidenciar que la frecuencia de actividades es significativamente baja y el nivel de alta y media se encuentran en el mismo puntaje, es decir, los participantes 2, 3 y 5 presentan frecuencia de actividades de la vida diaria como baja, el participante 1 se encuentra en la frecuencia de actividades de la vida diaria como alta y el participante 4 como frecuencia de actividades de la vida diaria como media.

Lo anterior significa que las mujeres tienen mayor frecuencia en la frecuencia de actividades de la vida diaria en comparación con los hombres.

En la escala de satisfacción ante la frecuencia de actividades de la vida diaria en su versión femenina se puede evidenciar que el nivel de satisfacción es alta, es decir las participantes 1, 2, 4 y 5 marcaron como alta, mientras que la participante 3 marca la satisfacción en la frecuencia de actividades como media.

Así mismo, en la escala de satisfacción ante la frecuencia de actividades en la versión masculina es baja, teniendo en cuenta que, los participantes 2, 3 y 5 marcaron como satisfacción, baja, el participante 1 la marcó como alta y por último, el participante 4 la marcó como media.

Lo anterior significa que las mujeres tienen un mayor nivel de satisfacción ante la frecuencia de las actividades de la vida diaria en comparación con la de los hombres, que su porcentaje más alta se encontró en el nivel bajo.

En el nivel de dificultad para realizar la actividad en la versión femenina se pudo evidenciar que es alta – media, teniendo en cuenta que las participantes 1 y 3 marcan el nivel alto en dificultad, las participantes 2 y 5 la marcan como media y la participante 4 la marca como baja.

Y en el nivel de dificultad para realizar la actividad en la versión masculina se evidenció que se marcan como media – baja, teniendo en cuenta que, los participantes 1 y 3 marcan la dificultad para realizar las actividades como media, los participantes 2 y 5 como baja y el participante 4 como alta.

Lo anterior significa que el nivel de dificultad al realizar las actividades deja a los hombres con menos dificultad ante las mujeres, demostrando así mayor adaptación por medio del model SOC.

Los niveles de dependencia, independencia de los adultos mayores institucionalizados en el asilo san José de pamplona, por medio de esta investigación, se pudo evidenciar que tanto hombres como mujeres dejan de realizar ciertas actividades de la vida diaria al llegar al Asilo, por ende, dejan de un lado la independencia en su totalidad y tienen trascurso a la dependencia.

Por otra parte, la adaptación psicológica se va presentando como resultado de dicha dependencia, pues adquieren nuevos hábitos de conducta, el modelo SOC juega un papel muy importante en dicha adaptación, a menor dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria, mayor adaptación psicológica en el adulto mayor.

Recomendaciones

Tomando en cuenta en su mayoría las estadísticas presentes en el trabajo, vale recalcar, que el desarrollo de programas, tanto en pro al envejecimiento como en las etapas anteriores, es de gran importancia, resaltar las investigaciones de que tan preparado estamos para afrontar este eje de la vida misma, a nivel emocional, económico, conductual y principalmente adaptativamente.

Se considera pertinente seguir abordando en este tipo de investigaciones, como lo es el envejecimiento exitoso en los Adultos mayores institucionalizados en el Hogar San José.

Se recomienda al programa incentivar más a los estudiantes en el abordaje de esta población, dado el punto que durante la carrera se cursa una asignatura denominada adulto mayor, a que se realicen actividades grupales antes que individuales.

Podremos señalar la importancia del modelo SOC, en la aplicación de estrategias de adaptación en los adultos mayores, permitiendo descartar y modificar algunas actividades que para muchos adultos no son de agrado, mejorando los procesos adaptativos en cualquier población de adulto mayor.

Vale reflejar que las actividades esporádicas no son de agrado de muchos de los adultos mayores, por lo cual, las previas investigaciones son de carácter importante, no solo por la convivencia de los adultos sino para el mejoramiento de sus procesos adaptativos, recomendando en futuras actividades, la previa investigación de dinámicas de agrado entre la población.

Podemos señalar la importancia de las investigaciones a nivel pedagógico sobre la población adulta, muchos de ellos no tienen una capacidad educativa grande, pero son activos, sobresaliendo que el proceso de autoconstrucción sigue ejerciendo un gran potencial en muchos de ellos, recomendando actividades de este nivel en las áreas, motoras, cognitivas y cognoscitivas por parte de muchos practicantes.

Vale la pena recalcar que los cambios continuos humanos, siempre están en un flujo movimiento, las acciones de hace tiempo, palidecen a los nuevos hallazgos y más en las acciones en pro de las beneficios de las personas, recomendando diferentes estudios sobre las etapas de adulto mayor y su paso al envejecimiento, apoyando o mejorando claramente los procesos de adecuación para muchos de los futuros adultos mayores a la hora de entrar a este tipo de instituciones.

Fomentar el envejecimiento activo, haciendo referencia a este como la promoción y participación en las actividades diarias, lo que permitiría mejorar su percepción de bienestar físico y funcionamiento independiente, así como la integración con el resto de los habitantes del hogar.

Cabe resaltar que el mejoramiento de espacios individuales es de gran importancia, dándole otro sentido de habitación en los adultos mayores, dándoles un sentido de privacidad en estas áreas.

Apéndices

Apéndice A Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, actuando en calidad de participante de la aplicación de la prueba INACTIVIDIAM y en total uso de mis facultades mentales, manifiesto mi aceptación voluntaria del tratamiento psicológico ofrecido por los Psicólogos en formación **Andrea Katherine Anaya Coronel y Albert Obrian Ramón Mantilla** del programa de psicología de la Universidad de Pamplona, el cual me ha sido claramente explicado.

Entiendo que toda la información concerniente a la aplicación de la prueba INACTIVIDIAM es confidencial, se mantendrá custodiada y no será divulgada ni entregada a ninguna institución externa o individuo sin mi consentimiento expreso.

Autorizo a los Psicólogos en formación **Andrea Katherine Anaya Coronel y Albert Obrian Ramon Mantilla** del programa de psicología de la Universidad de Pamplona, a hacer uso de la información recolectada durante la aplicación de la prueba INACVIDIAM para fines académicos.

En forma expresa manifiesto a usted que he leído y comprendido íntegramente este documento, por lo cual acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Nombres y apellidos: _____

FIRMA

CIUDAD Y FECHA

CC No

Referencias Bibliográficas

- Acosta. C. (2011). *Inventario de Actividades de la vida Diaria del Adulto Myor*. Mexico: Editorial El Manual Moderno.
- Bautista. J., Sandoval. C., Alfonso. M., Rodriguez. K. (2012). *bdigital portal de revistan UN*. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31226/47213>
- Calcaterra, M. (2015). *BIENESTAR PSICOLOGICO EN LA VEJEZ*. Obtenido de “ANALISIS Y COMPARACION ENTRE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS”: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/466/tesis-3986-bienestar.pdf
- Castillo, D. (9 de 12 de 2009). *Envejecimiento Exitoso*. Obtenido de http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_20_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf
- Chams. H. (2012). *Prosocialidad y sentido de vida en Adulto Mayor, Trabajo de grado de pregrado*. Pamplona, Colombia: Universidad de Pamplona.
- Cordoba. M., Uribe. A., Camacho. Y. & Correa. V. (2016). *dependencia funcional y dolor cronico asociados a la calidad de vida del adulto mayor*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00398.pdf>
- Correia S. & Silva M. (2014). ActiveBrain: Online Social Platform for Active and Healthy. *procedia computer sciencie*, 38-45.
- Dominguez, R. &. (2017). *La psicología positiva*:. Obtenido de Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad: <http://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/viewFile/865/pdf>
- Estrada. M. (2008). *UDLAP BIBLIOTECAS*. Obtenido de Coleccion de tesis digitales Universidad de las americas Puebla: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/mier_e_me/capitulo_1.html
- Figuroa. L., Torres. G., Morales. X., Vega. P. & Juárez. A. (2016). *nivel de dependencua, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor*. Obtenido de ScienceDirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300197>
- Gonzales., M. (Julio de 4 de 2014). <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2763/gomez%20morales.pdf?sequence=1>. Obtenido de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2763/gomez%20morales.pdf?sequence=1>:

<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2763/gomez%20morales.pdf?sequence=1>

- Hernandez. R., Fernandez. C., Baptista. M. (2014). *Metodologia de la investigacion 5ta Edicion*. Obtenido de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Hervas. G. (2009). *psicologia positiva: una introduccion*. Obtenido de red de revistas científicas de america latina y el caribe, españa y portugal: <http://www.redalyc.org/html/274/27419066003/>
- Jimenez, & Montorio, I. &. (2016). *Suma Psicologica*. Obtenido de Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva: <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v23n1/v23n1a07.pdf>
- Laguado. E., Camargo. K., Campo. E., Martin. M. (2015). <http://scielo.isciii.es>. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- Laubscher. B., Segura. A., Toledo. M. (2010). *umag.cl*. Obtenido de http://www.umag.cl/biblioteca/tesis/laubscher_ojeda_2010.pdf
- Martinez H., Mitchell M. & Aguirre C. (2013). *SALUD DEL ADULTO MAYOR*. Obtenido de GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>
- Merellano. E. (2017). *condicion fisica, independencia funcional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores chilenos*. Obtenido de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/61116/TDUEX_2017_Merellano_Navarro.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Millan, J. (2010). http://gerontologia.udc.es/new/documents/valoracion_intervencion.pdf. Obtenido de http://gerontologia.udc.es/new/documents/valoracion_intervencion.pdf: http://gerontologia.udc.es/new/documents/valoracion_intervencion.pdf
- Modenes, F. &. (10 de 2008). *Saber Envejecer*. Obtenido de Aspectos Positivos y Nuevas Perspectivas: <https://www.forodeeducacion.com/ojs/index.php/fde/article/viewFile/165/122>
- Morales., A. (2016). <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n1/0120-2448-amc-41-01-00021.pdf>. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n1/0120-2448-amc-41-01-00021.pdf>: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n1/0120-2448-amc-41-01-00021.pdf>
- Muñoz. A., Rojas. A. & Marzuca. G. (2014). *valoracion del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa, pertenecientes a un centro de salud*

familiar. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>

Negredo, M. (S.F). *Adaptacion Positiva en el Proceso de Envejecimiento*. Obtenido de file:///C:/Users/COMPAQ/Downloads/Dialnet-AdaptacionPositivaEnElProcesoDeEnvejecimiento-743585.pdf

Nieto, L. (2015). *ruc.udc.es*. Obtenido de http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16134/NietoRiveiro_Laura_TD_2015.pdf?sequence=4

Novella, M. (2015). *roderic.uv.es*. Obtenido de [roderic.ev.es: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/53536/Tesis%20doctoral_%20Manuel%20Novella%20M%C3%ADnguez_%20El%20voluntariado%20social%20de%20las%20personas%20mayores%20como%20elemento%20de%20envejecimiento%20activo.pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/53536/Tesis%20doctoral_%20Manuel%20Novella%20M%C3%ADnguez_%20El%20voluntariado%20social%20de%20las%20personas%20mayores%20como%20elemento%20de%20envejecimiento%20activo.pdf?sequence=1)

OMS. (S.F). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=DC4B4CEF64FE2941B2ED169F605F8C0E?sequence=1

Ortega, M., Perdomo, N. (2010). *descripcion de la calidad de vida de los adultos mayores del hogar san jose*. Pamplona: Trabajo de grado, pregrado.

Pabon, D., Rodriguez, C. (2017). *prosocialidad en el adulto mayor. trabajo de grado de pregrado*. pamplona, colombia: universidad de pamplona.

Rodriguez, Galan, & Blasco, S. &. (2015). *Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000300004

Rodriguez, M., Moreno, C. (2005). *programa de valoracion e intervencion en la conducta emocional, motora y social en los adultos mayores del asilo San Jose de Pamplona*. Pamplona: trabajo de grado, pregrado.

Rosmery, C. C. (30 de Noviembre de 2017). *UNIVERSIDAD SEÑOR DE SISPAÑAN*. Obtenido de PROGRAMA DE PSICOLOGÍA POSITIVA EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO SUBJETIVO - MATERIAL EN ADULTOS MAYORES LAMBAYEQUE: file:///C:/Users/COMPAQ/Downloads/Carrillo%20-%20Coronel%20.pdf

Ruiz, E. A. (2018). http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diag_adul_mayor.pdf. Obtenido de http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diag_adul_mayor.pdf: http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/diag_adul_mayor.pdf

Salud, M. d. (2013). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejeci>

mimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf. Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Villamizar. M. (2004). *Descripcion de los factores psicosociales de los adultos mayores*. Pamplona: Trabajo de grado, pregrado.

Yasno. R. (2010). *biblioteca.usbbog*. Obtenido de
<http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/65552.pdf>

