

**Estrategia de inclusión social en adulto mayor del Establecimiento Penitenciario y
Carcelario de Mediana Seguridad (EPMSC) de la ciudad de Pamplona**



Gissely Dimarhy Jáuregui Rodríguez

Universidad de Pamplona

Facultad de educación

Especialización en educación especial e inclusión social

2020

**Estrategia de inclusión social en adulto mayor del Establecimiento Penitenciario y
Carcelario de Mediana Seguridad (EPMSC) de la ciudad de Pamplona**

Gissely Dimarhy Jáuregui Rodríguez

Sonia Carolina Mantilla Toloza

Tutora

Universidad de Pamplona

Facultad de educación

Especialización en educación especial e inclusión social

2020

Prólogo

El adulto mayor se encuentra en una etapa del ciclo vital en la cual convergen una serie de elementos, que trae consigo referentes de limitación, inhabilidad e insuficiencia que en últimas resultan nocivos para el mismo individuo. En efecto, llegar a esta edad denota para la mayoría de las sociedades, una carga negativa, decadente e involutiva colocando énfasis en el deterioro y las pérdidas, esto es a lo que los gerontólogos hacen referencia con el término "edadismo" para referirse al concepto peyorativo de alguien basado a una edad avanzada o tercera edad, generando inmediatamente una perspectiva estereotipada sobre las personas mayores en cuanto a sus diferencias con las demás personas por las características propias de la edad (Franco, Villarreal, Vargas, Martínez y Galicia, 2010).

En esta población, las dimensiones de identidad, de autonomía y de pertenencia suelen experimentar crisis en varios sentidos relacionados con las pérdidas que deterioran la autoestima, con el deterioro físico per se, y con la pérdida de roles. Adicionalmente, los cambios físicos, psicológicos, sociales y ocupacionales asociados al proceso del envejecimiento hacen de estas personas una población notablemente vulnerable, de lo que se concluye que la realización del adulto mayor en muchos sentidos se ve coartada por su mismo entorno (Orozco y Molina, 2002).

Esta situación se puede ver acentuada en la población de adultos mayores que se encuentran reclusos en instituciones penitenciarias y carcelarias, debido a que muchos de ellos envejecen al interior de las cárceles como consecuencia de su historial delictivo o la condena que se les ha asignado, lo cual redundo en una mayor probabilidad de perder contacto con sus familias y dada su edad se les dificulta reestablecer sus redes de apoyo y desde luego, ven reducidas sus oportunidades al terminar sus condenas y buscar reinsertarse en la sociedad. De acuerdo a Ramírez

(2009), se debe sumar el hecho que al interior de estas instituciones pueden ser objeto de discriminación, abusos, y violación de los derechos humanos y con frecuencia requieren grandes esfuerzos para recibir la atención médica necesaria de acuerdo a sus condiciones de salud, todo lo cual se presentan como obstáculos para el envejecimiento exitoso de estas personas.

Es así, como en el marco del envejecimiento exitoso, se contemplan el concepto de salud y calidad de vida desde una perspectiva objetiva y el bienestar ocupacional y satisfacción subjetiva del adulto con la vida que lleva. En la actualidad, en Colombia, se dice que hay 5,2 millones de personas mayores de 60 años privadas de la libertad, es decir, el 10,8% de la población carcelaria y, de acuerdo a las proyecciones, se estima que para el 2050 ese número llegue a 14,1 millones, es decir, el 23% (ElTiempo, 2015).

En términos generales, los adultos mayores privados de la libertad, se enfrentan a carencias objetivas en torno al personal para su cuidado, la infraestructura y espacios adecuados para satisfacer sus necesidades básicas como seres humanos y como internos, se enfrentan a restricciones para realizar sus actividades de la vida diaria como individuos y a nivel social, donde se dificulta la interacción con sus familias, amigos y vecinos (Ramírez, 2009).

En el EPMSC – Pamplona, al igual que en el resto del país, la población de adultos mayores se encuentra caracterizada dentro de los internos con condiciones excepcionales, los cuales se encuentran en alto riesgo de inhibición de sus potencialidades humanas y a los cuales se trata de ofrecer un posicionamiento a los internos pertenecientes a estos grupos minoritarios, enfocando diversos programas a su favor. Pese a ello, las características propias del adulto mayor, genera una gama de necesidades particulares que deben ser tomadas en cuenta al momento de evaluar su

calidad de vida, su percepción subjetiva de bienestar y en general, el proceso de envejecimiento exitoso.

Introducción

A través de la presente monografía se pretende presentar algunas estrategias de inclusión social en los adultos mayores del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Mediana Seguridad (EPMSC) de la ciudad de Pamplona, teniendo en cuenta aspectos tales como su proceso de envejecimiento, enfermedad e invalidez, el funcionamiento físico y cognitivo, compromiso con la vida, inclusión social y percepciones de las condiciones sociales penitenciarias.

El trabajo se divide en tres capítulos. El primer capítulo aborda importancia de la inclusión social del adulto mayor cuyo objetivo es reconocer la importancia de la inclusión del adulto mayor en los entornos sociales, el segundo capítulo se refiere a calidad de vida en el adulto mayor trabajando como objetivo, analizar la calidad de vida del adulto mayor en la vida cotidiana y centros penitenciarios y el el tercer capítulo envejecimiento en reclusión teniendo como Objetivo conocer las características de los adultos mayores que se encuentran reclusos finalmente se presentan unas conclusiones derivadas del desarrollo del documento

PALABRAS Clave: inclusión social, envejecimiento, reclusión penitenciaria, adultez mayor, calidad de vida.

Capítulo I.

ENFOQUES DE INTERVENCION, UNA MIRADA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

ENFOQUE ANALÍTICO

ANTERIORMENTE LLAMADO PSICODINÁMICO

Recopilación realizada por: T.O. María Lucía Santacruz

DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN

Terapia Ocupacional es una disciplina que consta de unas teorías y unas técnicas cuyo valor en la salud mental es el de posibilitar la adquisición de nuevos recursos y habilidades al paciente que se encuentra en estado crítico, sufriendo, y cuyo síntoma o enfermedad se le presenta a si mismo como ajeno y extraño a su historia vital, limitando sus habilidades y posibilidades de relación (Movellan Guaza, 98).

El enfoque psicodinámico al que llamaremos a lo largo de este trabajo ENFOQUE ANALÍTICO, parte de teorías que trabajan el origen de la personalidad del individuo y sus motivaciones e incluye métodos que ayudan al individuo a ganar autoconocimiento y crecimiento personal trata con las motivaciones inconscientes para la acción, las interacciones y creencias y el contenido simbólico de las imágenes y percepciones.

Este enfoque establece elementos que influyen en el desempeño cotidiano del individuo, tales como los simbolismos, la expresión de sentimientos, las emociones, actitudes y relaciones objétales, que posibilitan su expresión y canalización a través de los medios terapéuticos utilizados por el Terapeuta Ocupacional y que son básicos para establecer el concepto y la propuesta ocupacional, los delineamientos para el manejo de los medios de intervención y de manera importante la relación terapéutica.

Para una mayor comprensión de este enfoque se debe partir del marco de referencia psicodinámico el cual esta basado en las teorías apoyadas en los trabajos de **Freud** (1900-1949) creador del psicoanálisis: y la terapia psicoanalítica, El Psicoanálisis, es la ciencia del inconsciente que tiene sus propias leyes de funcionamiento: la condensación y el desplazamiento, vías por las que se produce la cadena asociativa que posibilita conocer al sujeto y orientar su recuperación. Estas fuerzas inconscientes son las que determinan el comportamiento.

El Enfoque Analítico **es importante** para Terapia Ocupacional ya que con base en este identificar o detectar si un individuo tiene fijaciones en alguna de las etapas del desarrollo psicosexual que le estén alterando su conducta; además podemos observar a través del comportamiento de la persona la expresión de contenidos inconscientes lo que ayuda a explorar el conflicto primario del individuo. También es fundamental para detectar y trabajar la utilización de los diferentes mecanismos de defensa y por medio de la relación terapéutica contribuir para que la persona pueda darse cuenta de sus propias conductas a través de los señalamientos, contribuyendo así en el autoconocimiento y crecimiento yoico.

El Analítico es un Enfoque teórico-práctico, el cual ve a las personas, los medios y las actividades como objetos investidos con energía psíquica. Dentro de este se toman los principios de la relación objetal que retoma la interacción con los objetos, y la que es necesaria para satisfacer las necesidades personales, promover el desarrollo psicosocial y alcanzar la autorealización.

Las actividades son exploradas a través de los procesos de comunicación que estas facilitan y se manejan tanto para la evaluación como para tratamiento, ya que posibilitan entender el comportamiento sus problemas origen, mediante éstas se busca incrementar el autoconocimiento y el autoentendimiento. Dentro de este enfoque el paciente es motivado a realizar acciones y estructurar sus pensamientos a partir de las respuestas y el significado personal que le da a las actividades terapéuticas.

El **Terapeuta Ocupacional** utiliza técnicas expresivo-proyectivas para posibilitar la expresión de contenidos internos con el fin de disminuir la ansiedad, lograr conocimiento de sí mismo, aumentar autoestima, ofrecer elementos defensivos al yo, mejorar las relaciones objetales y que el usuario adquiriera mayores habilidades adaptativas a nivel emocional y por ende social. Se busca que el usuario comprenda sus símbolos y logre un entendimiento dinámico de su comportamiento y sus dificultades, durante la relación terapéutica y la realización de la actividad el terapeuta ocupacional facilita que el paciente identifique el significado de su comportamiento.

La base fundamental de la intervención es el logro de cambio llevando el contenido inconsciente productor del síntoma a la conciencia. **El objetivo** es resolver el conflicto para permitir la satisfacción de necesidades de manera aceptable para el ambiente social y para ayudar a la persona a aprender nuevos comportamientos, más satisfactorios con proyección consciente.

ENFOQUE PSICOSOCIAL

Recopilación realizada por la Terapeuta Ocupacional

María Lucía Santacruz.

Este enfoque surge de las teorías y marco de referencia Psicodinámico. Se considera Holístico, en la medida que se interesa por las percepciones de la realidad del individuo y sus reacciones a ella, así como de la capacidad de comunicarse con otros y toma al individuo como un ser biopsicosocial que interactúa dentro de un medio, el cual a su vez está conformado por grupos como la familia, lo laboral y lo social, dentro de los cuales el individuo desempeña diferentes roles que le permiten aprehender los valores, creencias y normas adquiriendo una posición dentro de sus grupos y su cultura.

Este enfoque da prioridad a la respuesta adaptativa del **EGO**, en el desarrollo del individuo y es importante para Terapia Ocupacional ya que siempre que se vaya a elegir una actividad para cierto usuario se debe tener en cuenta a qué cultura pertenece, sus creencias, valores, roles y expectativas para de esta manera lograr una adecuada adaptación del individuo al medio. También es importante conocer cuáles son las características de la personalidad en cada etapa de la vida para lograr establecer una mejor relación con el usuario y encontrar el área de desempeño más adecuada para la persona.

Toma dos aspectos:

1. La habilidad del individuo para establecer y mantener relaciones interpersonales y para funcionar como miembro de un grupo.

2. El conocimiento que tenga el individuo de si mismo que le posibilite proyectarse, actuar, crear, pertenecer a un ambiente dado y adaptarse a las circunstancias cambiantes de este.

Se aplica cuando el individuo no logra asumir e identificarse con los roles propios de su edad o bien estos están alterados como consecuencias de un proceso de enfermedad, encontrándose un ego débil y con escasas herramientas y mecanismos para adaptarse, funcionar y producir, cuando el individuo no muestra la capacidad para expresar sus necesidades y deseos para establecer relaciones y comunicarse con otros y reconocer en estos sus necesidades y deseos.

A demás toma elementos teóricos de los planteamientos dados por los tratamientos de rehabilitación psicosocial, la cual nació a finales de los años cuarenta, cuando los ex-pacientes empezaron a reunirse en clubes sociales para satisfacer sus necesidades de aceptación y de apoyo emocional, aparecieron entonces a lo largo de Estados Unidos grupos dedicados al trabajo en autoayuda, interdependencia mutua y confianza en los recursos. En lugar de verse como pacientes, se han convertido en miembros y han formado grupos y equipos que desarrollan tareas, planean actividades y resuelven problemas y mediante esto se mejora su calidad de vida.

Este tipo de recursos terapéuticos implican la utilización de varios métodos que permiten a las personas que tienen una enfermedad mental desarrollar habilidades sociales y laborales para llevar a cabo una vida independiente y poder convivir en su comunidad y pertenecer a grupos o clubes de autoayuda disminuyendo así la frecuencia de las crisis.

Se parte de las Teorías de **ERIK HOMBURGER ERIKSON** (psicoanalista neofreudiano), nacido en Alemania en 1.902, emigro a estados Unidos en 1.933 y desarrollo investigaciones sobre la influencia de la cultura en el desarrollo infantil, en su libro Infancia y Sociedad (1.950), expone

la teoría psicosocial del desarrollo que describe las etapas cruciales de la relación entre el individuo y el mundo social, que se basa en la interacción de la biología y la sociedad.

ENFOQUE SISTEMICO

Realizado por la terapeuta Ocupacional Maria Lucía Santacruz - 2002.

DEFINICIÓN

El modelo familiar sistémico se concentra en la influencia de la familia sobre la conducta individual, sostiene que todos los miembros de una familia están fusionados en una red de papeles, posiciones, valores y normas interdependientes, lo que hace que un individuo afecte de manera directa al sistema familiar entero y de manera correspondiente, las personas se comportan típicamente de manera que reflejan las influencias familiares.

Se identifican tres características del enfoque sistémico. (Foley, 1989, Robinson, 1975):

1. El desarrollo de la personalidad está regido en gran parte por los atributos de la familia, sobre todo la manera en que los padres se comportan hacia los niños y entorno a ellos.
2. La conducta anormal en el individuo por lo general es un reflejo o síntoma de una dinámica familiar enferma y de manera específica, de una comunicación deficiente entre los miembros de la familia.
3. El terapeuta debe enfocarse en el sistema familiar, no sólo en el individuo enfermo, y luchar para involucrar a toda la familia en la terapia.

La terapia familiar es una forma de terapia de grupo que comenzó a utilizarse en los años 50 al mismo tiempo que surgen otros acontecimientos en las ciencias sociales, comienzan a plantearse los problemas sobre la base de sistemas complejos, los hospitales mentales se estudian como instituciones totales, la ecología se desarrolla como un campo especial y los terapeutas se orientaron hasta la observación directa de la familia y su abordaje dentro de la problemática de un individuo enfermo.

Este tipo de aproximación terapéutica en lugar de centrarse en las dificultades individuales de los miembros de una familia se trabaja en grupo para mejorar las interacciones grupales y así contribuir al mejor funcionamiento de sus miembros; puede definirse como una terapia de grupo que busca modificar las relaciones dentro de una la familia para lograr la armonía.

Según la teoría familiar sistémica, todo ser humano nace, crece, se desarrolla y vive sumergido en un mundo de relaciones, lo cual hace de especial importancia el entendimiento y la comprensión del mundo relacional de las personas y la unidad familiar, la que actúa en función de una homeostasis de interacción propia que se mantiene a cualquier precio. Su objetivo es esclarecer los patrones, a menudo ocultos, que mantienen el equilibrio grupal y ayudan a la comprensión grupal de los propósitos de dicho patrón y a conocer las pautas que conectan, el vínculo o la conexión entre los individuos.

En general los terapeutas sistémicos piensan que se etiqueta y se identifica como paciente a un miembro de la familia que ésta identificada como el que tiene el problema, el culpable, el que necesita ayuda, el objetivo del terapeuta es ayudar a los miembros a que entiendan que los síntomas del paciente, de hecho, están haciendo la función crucial de mantener la homeostasis familiar, dentro de esto, el proceso terapéutico ayuda a revelar unos patrones repetitivos y, en último

término, predecibles de comunicación que sostienen y reflejan la conducta del paciente identificado. Se tiene entonces que la terapia de familia, parte de la concepción de que los síntomas patológicos que afectan al paciente están en relación con su contexto vital.

Los síntomas mentales aparecen en el paciente, pero su origen, desarrollo y evolución están ligados a su círculo de relaciones, de modo que el paciente es el portador del síntoma y con ello esta manifestando la disfuncionalidad del contexto de relaciones donde vive. Se tiene entonces que la terapia familiar sistémica postula que se relaciona como una unidad que posee su propia homeostasis que se mantiene aun cuando el funcionamiento; es maladaptativo; Además plantea que los problemas familiares se deben a reglas veladas de conducta, a desacuerdos sobre quien las define y a distorsiones en la comunicación, se busca reconocer el patrón, a menudo encubierto, que mantiene el balance, ayudar a la familia a comprender el significado de estos patrones y estimular el cambio que dé lugar a un funcionamiento más adaptativo.

Watson and Skinner, 1975, presentaron tres tipos de patrón de comunicación disfuncional dentro de la familia:

1. **Bloque:** Se observan periodos de silencio, aislamiento y separación o medios de comunicación bizarros a través de mensajes escritos. Se observa cuando existen secretos entre los miembros.
2. **Desorden:** Puede ocurrir cuando aparecen los síntomas, los que adquieren una alta significación de la calidad en la comunicación dentro de la familia y se abordan más como mensajes de esencia interpersonal. Aquí prevalece la comunicación no verbal y gestual.

3. **Deteriorados o lesionados:** Se da cuando existen procesos de comunicación de doble vínculo, no hay correlación entre el mensaje verbal y el no verbal, lo que produce inmovilidad, confusión e insatisfacción entre los miembros. El concepto de doble vínculo se refiere a una norma de pares o juegos de mensajes de diferentes niveles, los cuales están íntimamente relacionados pero son ligeramente incongruentes, que por ocultamiento o negación, entorpecen seriamente la visión clara de esta incongruencia y su manejo efectivo.

Capítulo II

IMPORTANCIA DE LA INCLUSIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Objetivo.

- Reconocer la importancia de la inclusión del adulto mayor en los entornos sociales

Se define como adulto mayor a las personas que se encuentran en una edad superior a los 65 años de edad, en una etapa que forma parte del ciclo vital humano y que adquiere una serie de connotaciones sociales relacionadas con su independencia y sus capacidades a nivel personal y social, muchas de ellas enfocadas desde una perspectiva peyorativa de indefensión e incapacidad. En ello intervienen diferentes factores que usualmente llegan con la edad y con las características propias de esta etapa del ciclo vital, tales como el hecho que estas personas han dejado de trabajar o se han jubilado, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable al mismo tiempo que sus problemas de salud se incrementan, lo que en su conjunto trae consecuencias en todos los ámbitos de su vida (Carrasco, 2005).

En ella convergen elementos de gran interés desde la perspectiva psicológica muchos de los cuales traen consigo referentes de limitación, inhabilidad e insuficiencia que en últimas resultan

nocivos para estas personas. El problema de la tercera edad desde la perspectiva social, radica en la percepción errada que tanto los individuos como las comunidades han establecido alrededor de ella, supeditándola a conceptos de insuficiencia, de carencia y con ello seguramente, de vacío, aun cuando, los ancianos no son grupo homogéneo y la forma de vivir de cada uno depende de diversas variables, algunos han sido capaz de captar el significado de la vejez a lo largo de sus vidas como la presencia de nuevas oportunidades de desarrollo y empeño (Mier, 2006).

Con frecuencia este tipo de perspectiva desemboca finalmente en el abandono de estas personas, algunas, de acuerdo a sus estrategias de afrontamiento, sus estilos de vida, entre otros, manifiestan una funcionalidad y aún pueden diseñar su proyecto de vida desde una nueva óptica, permitiendo que el adulto mayor sea capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal, tal como lo refiere la OMS, (2002).

No obstante, es probable que una de las mayores dificultades a las que se enfrentan estos grupos etarias, sea el aislamiento al que es sometido, ya que adicional a ello reducen el contacto con el círculo de su ocupación, los amigos paulatinamente van muriendo y cada vez se van viendo más forzados al silencio. Todo esto en su conjunto lleva a una vida inactiva, a un individuo abatido y solamente cuando las fortalezas de sí mismo salen a flote puede sobrellevar dichas situaciones (Zapata, 2001).

El adulto mayor requiere una visión más completa de la vida, planteándose interrogantes fundamentales sobre la vocación, la dignidad y la vida que puede ser entendida como la búsqueda de propósitos vitales, tales como pertenecer haciendo relevante la ausencia o la presencia en grupo de pares, amigos y aceptación; dar como una experiencia enriquecedora, teniendo un objetivo que

trascienda al sí mismo; servir como una experiencia gratificante; mantenerse ocupado para evitar la depresión, soledad, tristeza, sentimiento de inutilidad, etc. (Ortiz y Castro, 2009).

Estas personas, deben tener planes, planes para la vida inmediata, objetivos por alcanzar y por lo tanto una razón para vivir cada día, alentando la esperanza, la confianza, la expectativa (Ortiz y Castro, 2009). De acuerdo a Langley y Probst (citados por Merlet y Parra, 2010) la ancianidad es percibida como un proceso de vida que va de la mano con la partida de este mundo. Sus valores se asocian con una suerte de espiritualización y profundización de la visión de la vida, por lo tanto, exige un papel más proactivo del adulto siendo dador y receptor de valores y creando conciencia de la importancia de la vinculación de la población mayor en la vida social, económica, política y cultural de las comunidades.

Desde la perspectiva de Erikson (1963 citado por Uribe, Valderrama y López, 2007), en la adultez mayor se presenta la crisis relacionada con la evaluación que realiza el individuo de su vida, donde por un lado puede lograr tomar una actitud de aceptación respecto a su vida encontrando nuevas motivaciones y sentido de integridad generando al mismo tiempo una mayor aceptación hacia la muerte y por el lado opuesto, podría desarrollar desesperanza no aceptando lo inevitable de los cambios propios de esta etapa del desarrollo ni la muerte, sintiendo que el tiempo y las oportunidades se encuentran agotadas.

Por otra parte, las relaciones sociales en el adulto mayor, suelen ser asimétricas, dado a que requiere más apoyo del que puede dar, ellos requieren saber que son importantes, así como también el reconocimiento de que pueden ofrecer ayuda (Roca, 2003 citado en González y Padilla, 2006). Según este autor, el apoyo social se define como los recursos accesibles y/o disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden

influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso.

Desde la teoría del desarrollo psicosocial de Erickson, 1959 (citado por Bordignon, 2005) esta etapa corresponde al estadio VIII, donde alcanzar una longevidad satisfactoria, es equivalente a tener un envejecimiento saludable, que comienza mucho antes de los sesenta años, es decir, que este se encuentra supeditado al desarrollo desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, a realizar prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades para no cargar con una vejez patológica.

Uno de los conceptos más abordados en torno al adulto mayor corresponde al de la calidad y el consecuente bienestar percibido por parte de estas poblaciones, en la medida en que ambos aspectos poseen componentes tanto objetivos como subjetivos de la propia vivencia de estas personas.

Capítulo III

Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Objetivo.

-Analizar la calidad de vida del adulto mayor en la vida cotidiana y centros penitenciarios.

El adulto mayor debe mantener una función generativa produciendo y creando además de relacionarse con los demás y sentirse responsable de él, lo que implica orientarse a tareas y causas comunes con otros, empleando para ello la comunicación y solidaridad social (Erikson, citado por Krzemien, 2004). Las investigaciones realizadas por la OMS 1975 (citado por Ramírez, 2008), refieren que las personas que participan en grupos sociales mantienen una superior calidad de vida que las personas socialmente aisladas y por tanto, una vida rica en relaciones afectivas significativas tiende a prolongarse según Pszemiarower (citado en Medina, 2001).

Las correlaciones entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida activo de acuerdo a Thonse (citado en Krzemien, 2004), han manifestado su utilidad para enfrentar las dificultades, lo contrapuesto con altas correlaciones entre percepción subjetiva de malestar y un estilo de vida pasivo. Desde luego, más allá de las generalizaciones y características atribuidas a la vejez, es clave reconocer que cada ser humano ha atravesado por un proceso diferente de envejecimiento de acuerdo a las particularidades de su propia biografía y a su posición personal frente a esta etapa de la vida. Entonces, la calidad de vida del adulto mayor se relaciona con la manera en que integra esta etapa de vida a un proyecto vital autónomo, en reconocimiento de su pasado y de la proyección al futuro dentro su propia historia.

El adulto mayor requiere el reconocimiento de sí mismo a partir de las relaciones sociales significativas, esta etapa, como prolongación y continuación de un proceso vital; lo contrario, implica que el adulto mayor experimente esta etapa como una fase de declinación funcional y

aislamiento social, Esto confirma que desde esta perspectiva, la calidad de vida condición de “ser social” más allá de las calificaciones que se den a su condición no permitiendo que esta sea homologada a enfermedad, incapacidad e improductividad (Krzemien, 2004).

Bienestar Subjetivo.

Horley (1984 citado por García, 2002) define el bienestar subjetivo como “un estado o sentimiento positivo percibido por la persona”, mientras que Liang (1985 citador por Fernández, García y Lorenzo, 2014) lo describe como “las evaluaciones cognoscitivas y afectivas que el individuo hace de la vida como un todo”.

Para (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961; citados por Rice, 1997) la satisfacción con la vida, consta principalmente de cinco dimensiones:

Entusiasmo contra apatía: El grado en el que el individuo participa en actividades, se involucra con otras personas o con ideas.

Resolución y fortaleza: El grado en que la gente asume la responsabilidad de su propia vida.

Congruencia: El grado en que las metas son logradas.

Auto concepto: El grado en que las personas tienen un concepto positivo de ellas mismas, física, psicológica y socialmente.

Tono del estado de ánimo: El grado en que la persona mantiene aptitudes optimistas y sentimientos felices.

Así, puede decirse que un individuo posee un bienestar psicológico en la medida en que obtenga placer de las actividades que forman parte de su vida cotidiana, en que considere que su vida ha sido significativa y la acepte con determinación, sienta que ha logrado alcanzar sus principales metas, obtenga una imagen positiva de sí mismo y mantenga una aptitud optimista y un óptimo estado de ánimo (Neugarten, Havighurst y Tobin ,1961 citados por Rice, 1997).

Las diferencias en el bienestar en la edad avanzada pueden ser explicadas al menos parcialmente por las diferencias en las experiencias tempranas de interacción con los padres o las personas encargadas de su cuidado. Algunos adultos parecen más capaces de desarrollar y mantener relaciones de apoyo a lo largo del ciclo vital, que les sirven de ayuda cuando deben enfrentar la adversidad.

Se pueden además identificar factores como las afectaciones deficitarias en los procesos sensoriales, por ejemplo, en la visión y el oído, o en la actuación psicomotriz, con especial incidencia en los tiempos de reacción, o en las funciones cognitivas, incluidas el aprendizaje y el pensamiento; o alteraciones socioeconómicas, que hacen referencia a que algunas veces las personas tienden a considerarse a sí mismos según lo hagan los demás (Zapata, 2001). Es así que cuando las personas mayores son consideradas a través de un modelo devaluado, se les trata como personas deterioradas y pueden tener tendencia a verse a sí mismos como tales.

Muchas personas mayores, aunque presentan algunos déficit, pueden considerar esta etapa de la vida con múltiples ventajas: muchas responsabilidades han desaparecido y, con ellas, una fuente importante de tensión y preocupación. Tienen más tiempo libre para dedicarse a actividades o intereses personales, por lo que pueden considerarse con mayores cotas de libertad. Aranibar (2001) indica que la práctica en la resolución de las dificultades presentes a lo largo de la vida les

puede permitir un mayor control sobre estas, concediéndoles mucha menos importancia y entonces dedicarse a los aspectos que realmente le interesan.

Capítulo IV

Envejecimiento en Reclusión

Objetivo.

- Conocer las características de los adultos mayores que se encuentran reclusos.

Hacer referencia al adulto mayor implica hacerlo dentro de un marco de institucionalización que ha sido considerado en diversas investigaciones, aun cuando no se haga referencia explícita al contexto carcelario propiamente dicho. Es así como son diversas las situaciones que entran en detrimento de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, en el caso particular de la presente investigación, en un centro penitenciario.

De acuerdo a Ramírez (2009), gran parte de los adultos que envejecen al interior de las cárceles, presentan alta probabilidad de perder el contacto con sus familias, y muchas veces llegan a cumplir su condena sin familia y sin saber que hacer al momento de recuperar su libertad, aunado a ello, debido a su edad y condición de ex reclusos se les dificulta reconstruir su familia, conseguir trabajo, establecerse en nuevas comunidades, o desenvolverse laboralmente.

Es por ello que resulta fundamental, ahondar en los diversos elementos que forman parte del contexto carcelario directamente relacionado con esta población, referida dentro del grupo de reclusos con condiciones excepcionales en el sistema penitenciario colombiano, lo cual ya lo inserta dentro de una caracterización particular debido a la vulnerabilidad que potencialmente representa llegar a esta etapa.

Se afirma que los adultos mayores en reclusión, no solo se encuentran evidentemente expuestos a la privación de la libertad, sino también a otras privaciones que trascienden a su existencia y a su calidad de vida, entre ellas las condiciones de habitabilidad, las políticas internas,

los servicios y prestaciones que reciben desde la administración de cada establecimiento y las atenciones y cuidados que requieren para su desenvolvimiento cotidiano (Andujar, Barrios, Cáceres, Lerín y Martín, 2009).

Algunos de los derechos fundamentales se ven altamente vulnerados en esta población en particular, siendo uno de ellos el derecho a la salud, donde los reclamos se encuentran dirigidos a la nula o precaria prestación del servicio, ante problemáticas originadas bajo otras ineficientes condiciones de vida en el escenario penitenciario como el hacinamiento, la mala alimentación o la falta de salubridad; en consecuencia, la omisión de la salud conduce en estas personas a un mayor riesgo de desarrollo de discapacidades que tornara a una mayor vulnerabilidad del individuo (Abaunza, et al, 2014).

Ciertamente, el trato diferencial debe ser concordante con la búsqueda del mejoramiento de sus condiciones de vida, ello ha sido contemplado en Colombia por el INPEC y Ministerio de Justicia (2011), donde dicho trato, debe presentarse acorde con las necesidades, el tratamiento y el proyecto de vida de los adultos mayores, porque la pena no puede privar al recluso como ser humano, de tener un crecimiento integral, y tener la posibilidad de desarrollarse aun dentro del mismo centro y prepararse para salir de este al cumplir su pena. Entonces, la falta de condiciones adecuadas incrementa su potencial de discriminación, la cual debe ser contemplada claramente dentro de las políticas públicas (Huenchuan, 2010).

Dicha discriminación, de acuerdo a Abauza et al (2014), es abordada por el INPEC, pero al momento de censar a esa población lo hace por debajo de lo que establecen los organismos internacionales y la propia legislación colombiana, evidenciando un alto nivel de desocupación y limitando su participación en los programas tanto educativos como laborales, lo que disminuye la

productividad potencial entre 10 y 7 años antes de lo previsto, desestimando su experiencia y potencial.

No obstante, es importante referir el papel de la posible discordancia entre la edad cronológica y la fisiológica en estos individuos, donde existen diversos aspectos que señalan hacia el impacto que puede tener el historial de abusos de sustancias y el propio stress que produce la estancia en prisión que actúan en su perjuicio. De aquí, que sea presumible la incapacitación en este grupo etario conforme pasa el tiempo.

Los adultos mayores se encuentran expuestos además a la invisibilización por ser minoría y de carácter tranquilo, sus necesidades especiales con frecuencia son infravaloradas al momento de considerar la necesidad media del conjunto de internos. Entre estas insuficiencias se puede encontrar los elementos higiénicos, no haber suficiente ropa para algunos internos a los que sus familias no les ingresan ropa, siendo especialmente vulnerables al clima, prótesis, etc. (Andujar et al, 2009).

Finalmente, en las condiciones de este contexto, el adulto mayor probablemente encontrará soledad dadas las diferencias de intereses con otros integrantes del centro y los conflictos intergeneracionales que de ellos se derivan; aunado a ello experimentará cambios orgánicos, modificaciones del aspecto y empobrecimiento progresivo de las capacidades (Rodríguez, Lavin y Caballol, 2004).

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de la investigación desarrollada por Villarreal (2017), quien a través de su investigación propone algunas estrategias de inclusión social en adultos mayores, que junto a los aspectos abordados en el capítulo 1 y 2 pueden generar

un plan de acción para el establecimiento penitenciario y carcelario de mediana seguridad (epmsc) de la ciudad de pamplona.

El objetivo del trabajo desarrollado por Villarreal (2017) fue identificar la percepción del envejecimiento en reclusión, en adultos mayores del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario EPMSC – Pamplona, a través de un estudio de caso que permita el reconocimiento de los componentes del envejecimiento exitoso.

Por medio de esta investigación se analizó las percepciones que tienen los adultos mayores en reclusión acerca del envejecimiento como proceso y de la forma como lo vivencian desde su experiencia de vida, tomando como muestra a tres participantes que se encontraban internos en el EPMSC de Pamplona. Se realizó por medio de la metodología cualitativa y el diseño de estudio de caso, se exploraron cuatro categorías principales para comprender sus vivencias del envejecimiento en reclusión, realizando el abordaje y recolección de datos por medio de entrevista semi-estructurada, historia de vida y ficha sociodemográfica.

Las categorías de análisis fueron:

- Evitación de Enfermedad o Invalidez, que para el estudio se considera como Ausencia, presencia o severidad de los factores de riesgo asociados a la enfermedad

- Alto Funcionamiento Físico y Cognitivo, que para el estudio se considera como lo que la persona percibe sobre lo que puede hacer, manteniendo su salud física y mental.

- Compromiso Activo con la Vida, considerado como la realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales generando adaptación y satisfacción vital.

-Percepción de la Reclusión, la forma en que la persona concibe y afronta su condición de reclusión penitenciaria y las posibles afectaciones que percibe en su bienestar a partir de las mismas

A partir del análisis de esas cuatro categorías se presentan a continuación algunos aspectos que podrían tenerse en cuenta durante el diseño de estrategias para inclusión social del adulto mayor en reclusión

De acuerdo a las entrevistas realizadas a adultos en la penitenciaría de Pamplona, se pudieron determinar las diferentes percepciones que estos tienen acerca del envejecimiento se destaca la diferenciación realizada entre el concepto de “adultez mayor” relacionado con una primera etapa del envejecimiento donde los niveles de declive funcional son bajos y la productividad y satisfacción vital se mantienen en un alto nivel y el concepto de “vejez” definido como una segunda y última etapa del envejecimiento que relacionan con dependencia, descenso drástico en la funcionalidad, enfermedad, retiro y discriminación social. Frente a esta diferenciación los tres participantes se identifican a sí mismos como “adulto mayor”, basándose en sus condiciones de salud, funcionamiento y participación social.

Así pues, la percepción del envejecimiento en los participantes se basa en sus experiencias previas e historia de vida personal, de manera que en función a los principales cambios que observan en su organismo como parte del proceso de envejecimiento establecen una concepción particular acerca de la manera como llevan dicho proceso. Se destaca que cuando se ha priorizado el funcionamiento intelectual, la participación social y los hábitos de vida saludables a lo largo de las etapas anteriores del ciclo de vida, notando un bajo grado de descenso de sus funciones habituales al entrar en la etapa de adultez mayor su perspectiva del propio envejecimiento tiende a ser más positiva.

Se encuentran como factores de riesgo en el envejecimiento de los participantes, las dificultades propias de la adaptación al contexto penitenciario, los cambios en las relaciones con el núcleo familiar y social, el aislamiento, la falta de expectativas y motivación hacia el desarrollo del proyecto de vida a futuro, la discriminación social, el temor a la dependencia, enfermedad e invalidez y la desesperanza en cuanto a la obtención de la libertad.

Se requiere llevar a cabo un proceso de adaptación al envejecimiento y a las condiciones de reclusión por parte de los participantes en función al logro de un envejecimiento exitoso y satisfacción vital, mismo que es favorecido por la participación social, el apoyo social percibido y el aprendizaje de nuevas habilidades y experiencias que contribuyen a la expresión de su potencial creativo y productivo como parte de su proyecto de vida.

A demás se evidenciaron algunas situaciones como la discriminación, el distanciamiento físico con sus seres queridos y la percepción que tienen los participantes acerca de su propio declive funcional se relacionan con dificultades de adaptación al contexto penitenciario y algunas afectaciones de tipo emocional que se manifiestan en descenso de sus expectativas de vida, niveles de motivación y desesperanza. No obstante, la consolidación de este proceso de adaptación haciendo uso de la resiliencia permite tomar estas experiencias de forma constructiva.

Se destaca como componente del envejecimiento exitoso en los participantes, la motivación por el fortalecimiento de su vocación, el interés por contribuir a la dignidad humana y la búsqueda de propósitos vitales; como lo expresan en su participación social, desempeño de roles sociales, realización de actividades diarias de recreación y productividad, planeación de metas a futuro

como parte de su proyecto de vida, sentido de trascendencia y expectativas de crecimiento y adquisición de sabiduría.

Conclusiones

Es cuanto a lo abordado anteriormente, es posible decir, que, si se toma como punto de referencia una perspectiva social, los adultos mayores en su mayoría son abandonados por sus familias al estar privados de la libertad, lo cual implica de manera directa un aislamiento familiar y social, lo cual afecta a su vez las relaciones interpersonales y por ende sociales.

Del mismo modo, se puede afirmar que el adulto mayor que se encuentra privado de la libertad, requiere reconocimiento social lo cual tiene como fin la prolongación del proceso vital, aumentando de este modo su calidad de vida en reconocimiento de su pasado.

Por otra parte, dentro del análisis expuesto anteriormente, se denota la necesidad de crear estrategias diferentes que logren mitigar los índices de discriminación y exclusión social, para de esta manera se generen espacios de participación, apoyo social y aprendizaje de nuevas habilidades que favorezcan al adulto mayor y de la misma manera su potencial productivo y funcional

Finalmente, es necesario mencionar, que el adulto mayor no solo se encuentra privado de su libertad, sino que también a diario se enfrenta a otro tipo de privaciones, cómo las sociales y familiares, las cuáles de una u otra forma afectan su estabilidad, y además se ven vulnerados en diversos derechos como la salud.

Referencias

- Abaunza, C., Mendoza, M., Benítez, P., Paredes, G., Enríquez, K., y Padilla, A. (2014). Adultos mayores privados de la libertad en Colombia. *Editorial Universidad del Rosario*. Primera edición: Bogotá D.C
- Andujar, S., Barrios, L., Cáceres, J., Lerín, F. y Martín, M. (2009). Análisis de la ancianidad en el medio penitenciario. Gobierno de España. Ministerio del Interior. *Catálogo general de publicaciones oficiales*. Disponible en [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/An%C3%A1lisis+de+la+ancianidad+en+el+medio+penitenciario+\(NIPO+126-09-042-0\).pdf/ae3d44d9-460c-4798-98de-ed518a39d9c5](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/An%C3%A1lisis+de+la+ancianidad+en+el+medio+penitenciario+(NIPO+126-09-042-0).pdf/ae3d44d9-460c-4798-98de-ed518a39d9c5)
- Acosta, C. (2011). *Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor*. Ed. Manual Moderno, México.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Publicación de las Naciones Unidas*. Disponible en <http://archivo.cepal.org/pdfs/2001/S01121061.pdf>
- Bordignon, N. (2005); El Desarrollo Psicosocial de Erick Erickson. El Diagrama Epigenético del Adulto. *Revista Lasallista de Investigación* Vol. 2 NO. 002. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/695/69520210.pdf>
- Carrasco, M. R. (2005) *Lograr una buena Longevidad*. La Habana, Cuba; Editorial Científico Técnica.

- Charriez, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5 (1): 50 – 67. Disponible en <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1775/1568>
- Eltiempo.com (2015). Adultos mayores en Colombia: estudio – Sectores. Disponible en <http://www.eltiempo.com/economia/sectores/adultos-mayores-en-colombia-estudio/16389736>
- Fernández, A.; García, C. y Lorenzo, A. (2014). Consideraciones acerca del bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 17 (3). Disponible en <file:///C:/Documents%20and%20Settings/JEHISSON/Mis%20documentos/Downloads/47410-128309-1-PB.pdf>
- Franco., M.; Villarreal, E.; Vargas, E.; Martínez, L. y Galicia, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Rev Med Chile*; 138: 988-993. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n8/art07.pdf>
- García, M. (2002). El Bienestar Subjetivo. *Rev. Escritos de Psicología*. 6: 18-39. Disponible en http://escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num6/escritospsicologia6_analisis1.pdf
- González, A y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 5 (3): 501-509. Disponible en http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N304_calidadvidaestrategiasafrontamiento.pdf
- Hernández, R.; Collado, F.; Baptista, O (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana

Huenchuan, S. (2010). Envejecimiento y género: acercamiento a la situación de las mujeres mayores en América Latina y las recomendaciones internacionales en el tema. En Nieve-UNFPA, Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio Regional de Expertos. Montevideo: Lucida Ediciones

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y Ministerio del Interior y de Justicia. (24 de octubre de 2011). *Caracterización y perfilación criminológica y penitenciaria de la población condenada y privada de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC y propuesta para el direccionamiento del tratamiento penitenciario en Colombia*. Recuperado el 5 de abril de 2013 de http://www.inpec.gov.co/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=2893094.PDF

Krzemien D, Urquijo S, Monchietti A. (2004). Aprendizaje Social. Estrategias de Afrontamiento a los sucesos Críticos del Envejecimiento Femenino. *Rev. Psicothema*. 16 (3). Disponible en www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/download/.../8069

Martínez, J. (2004). *Estrategias metodológicas y Técnicas para la investigación Social*. México D.F. Disponible en http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301136/TECNICAS_DE_INVESTIGACION_SOCIAL.pdf

Medina, M. (2001). *Evaluación de la Calidad Asistencial del Servicio de Ayuda a Domicilio*. Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones 2000. ISBN 84-8371-162-1

Merlet, A y Parra, E, (2010). “*Vivencia de la Tercera Edad de un grupo de adultos mayores*” Una mirada analítico existencial. (Tesis de Pregrado). Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Disponible en

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/526/Tesis%20tpsico%20355.pdf?sequence=1>

Mier, G. (2006). *La tercera edad: presencia social indiscutible, imagen que exige reflexión y cambio*. Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe (CREFAL)/Pátzcuaro, México. Disponible en http://www.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio_15/decisio15_saber1.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS (2003). *Informe sobre la Salud Mundial en el Mundo*. Disponible en http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

Ortiz, J. y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería*. 15 (1), 25-31. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>.

Orozco, R. y Molina, R. (2002). Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor. InterSedes: Revista de las Sedes Regionales, 3 (4), 63-71. Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Carlos Monge Alfaro, Costa Rica.

Palis, L., Cáceres, Y. y Ramírez, D. (2012). Reestructuración de los efectos psicosociales de la prisionalización para el fortalecimiento de la calidad de vida de los internos del EPMSC (Pamplona). Archivo documental EPMSC (Pamplona).

- Petrella, R. (1999). Exercise for Older Patients With Chronic Disease. *The Physician and Sportsmedicine* 27 (11) 79-104.
- Pinillos, Y. y Prieto, E. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev. Salud pública*. 14 (3): 436-445.
Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/27857/1/25756-169083-1-PB.pdf>
- Profamilia (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. Disponible en http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=150&Itemid=152
- Ramírez, M. (2008). “*Calidad de vida en la Tercera Edad*” ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?. Universidad de Cuyo. Disponible en <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/calidad%20de%20vida%20en%20la%20tercera%20edad.pdf>
- Ramírez, T. (2009). Envejeciendo en reclusión: un estudio de caso de los adultos mayores mexicanos en situación de cárcel. *Revista Kairós, São Paulo*, 12(1): 149-180
- Rodríguez, S., Lavin, Y. y Caballol, M. (2004). Digna. Influencia del ejercicio físico en la salud de los ancianos de un centro penitenciario. *Revista Cubana Enfermería*, 20 (1): 1-1.
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-2961.
- Rodríguez, A., Valderrama, L. y Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25: 246-258. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>

- Rozo, B. (2011). Mejoramiento de la calidad de vida de la población de internos adultos mayores y afrocolombianos del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad Carcelaria de Pamplona. (*Tesis de Pregrado sin publicar*). Instituto Superior de Educación Rural ISER.
- Scharager, J y Armijo, I. (2001); *Metodología de la Investigación para las Ciencias Sociales* Versión 1. Santiago: Escuela de Psicología, SECICO Pontificia.
- Scharager, J y Armijo, I. (2001). *Metodología de la Investigación para las Ciencias Sociales* Versión 1. Santiago: Escuela de Psicología, SECICO Pontificia.
- Scribano, A. (s.f). *La entrevista en profundidad*. Disponible en <http://metodologiacienciassocialesunrn.files.wordpress.com/2012/08/unidad4-2-scribano-entrevista-en-la-profundidad.pdf>
- Uribe, A; Valderrama, L; López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8) 109-120. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/801/80130809.pdf>
- Vidal, M. y Clemente, M. (1999). Familia y Tercera Edad: variables predictoras del abandono del anciano. *Estudios interdisciplinarios envelhec.*, Porto Alegre, 2 :49-65. Disponible en <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/5474/3110>
- Villarreal, V. (2017). Envejecimiento en reclusión en adultos mayores del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario EPMSC – Pamplona. Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29 . Disponible en:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002&lng=es&nrm=iso>.

ISSN

0718-4808.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>.

Zapata, H. (2001). Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología*, 10 (1), 189-197 Universidad de Chile. Santiago, Chile. Disponible en Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410114>