

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS  
MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PERTENECIENTES A  
LA PARROQUIA MEDALLA MILAGROSA, COLONIA LA VERBENA, ZONA 07”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE  
CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**ALVARO LUIS RODOLFO CARRERA  
DONALD WYLMAN GONZÁLEZ AGUILAR**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGOS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADOS**

**GUATEMALA, MAYO DE 2019**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a seated woman with a halo, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a column. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

CONSEJO DIRECTIVO

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

**DIRECTOR**

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal

**SECRETARIA**

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

Astrid Theilheimer Madariaga  
Lesly Danineth García Morales

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

10 de mayo de 2019

Estudiantes

Alvaro Luisrodolfo Carrera  
Donald Wylman González Aguilar  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUARTO (4º.) del Acta TREINTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL DIECINUEVE (35-2019), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de mayo de 2019, que copiado literalmente dice:

“**CUARTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PERTENECIENTES A LA PARROQUIA MEDALLA MILAGROSA, COLONIA LA VERBENA, ZONA 7**”, de la carrera de: Licenciatura en Psicología realizado por:

**Alvaro Luisrodolfo Carrera**  
**Donald Wylman González Aguilar**

**DPI: 1917 34551 0101**  
**DPI: 1845 19535 1502**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Nydia Dolores Medarano y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESIÓN del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal  
SECRETARÍA



/Gaby

UG-67-2019

Guatemala, 06 de mayo del 2019

Señores  
Miembros del Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3°.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, los estudiantes **ALVARO LUIS RODOLFO CARRERA, CARNÉ NO. 1917-34551-0101 y Registro de Expediente de Graduación No. L-207-2018-S-EPS Y DONALD WYLMAN GONZÁLEZ AGUILAR, CARNÉ NO. 1845-19535-1502, Registro de Expediente de Graduación No. L-68-2018-S-EPS** han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional**
- **10 créditos académicos por Trabajo de Graduación**
- **15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.**

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PERTENECIENTES A LA PARROQUIA MEDALLA MILAGROSA, COLONIA LA VERBENA, ZONA 7"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 22 de abril del año 2019.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Atentamente,



**M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ**  
COORDINACIÓN  
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucía G.  
CC. Archivo  
**ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.**

CIEPs. 012-2019  
REG. 053-2018

**INFORME FINAL**

Guatemala, 29 de abril de 2019

**Señores**  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Suhelen Patricia Jiménez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PERTENECIENTES A LA PARROQUIA MEDALLA MILAGROSA, COLONIA LA VERBENA, ZONA 7”.**

<b>ESTUDIANTES:</b>	<b>DPI. No.</b>
<b>Alvaro Luisrodolfo Carrera</b>	<b>1917345510101</b>
<b>Donald Wylman González Aguilar</b>	<b>1845195351502</b>

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 22 de abril del año en curso por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 29 de abril de 2019, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**



**Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez**  
**Coordinador**  
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.**  
**“Mayra Gutiérrez”**



CIEPs. 012-2019  
REG. 053-2018

Guatemala, 29 de abril de 2019

**Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez**  
**Coordinador**  
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PERTENECIENTES A LA PARROQUIA MEDALLA MILAGROSA, COLONIA LA VERBENA, ZONA 7”.**

**ESTUDIANTES:**  
**Alvaro Luisrodolfo Carrera**  
**Donald Wylman González Aguilar**


**DPI. No.**  
**1917345510101**  
**1845195351502**

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 22 de abril de 2019, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
**Licenciada Suhelen Patricia Jiménez**  
**DOCENTE REVISORA**



Guatemala, 06 de abril de 2019

Lic. Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
Coordinador  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez".

Por este medio me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado: "*Relación entre resiliencia y calidad de vida en adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar pertenecientes a la Parroquia Medalla Milagrosa, Colonia la Verbena, zona 07*" realizado por los estudiantes **Donald Wylman González Aguilar con CUI: 1845195351502;** y **Alvaro Luisrodolfo Carrera con CUI: 1917345510101.**


Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, suscribo,

Atentamente,



Licenciada Nydia Dolores Medrano Ch  
Psicóloga  
Colegiado: 5287  
Asesora de Contenido



Nydia D. Medrano Ch.  
Licda. en Psicología  
COL. 5287

Guatemala, 06 de abril de 2019

Lic. Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
Coordinador  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez".

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes **Donald Wylman González Aguilar con CUI: 1845195351502;** y **Álvaro Luisrodolfo Carrera con Cui: 1917345510101,** realizaron en esta institución 17 entrevistas a adultos mayores como parte del trabajo de Investigación titulado: *"Relación entre resiliencia y calidad de vida en adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar pertenecientes a la Parroquia Medalla Milagrosa, Colonia la Verbena, zona 07"* en el periodo comprendido del 20 de agosto al 18 de septiembre del año 2018, los días sábados, en horario de 15:00 a 18:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,



Ana Patricia Gaitán Rodríguez

Representante Legal de Asociación Tejiendo Vida -Atevi-  
Parroquia Virgen de la Medalla Milagrosa



**POR ALVARO LUIS RODOLFO CARRERA**  
**SERGIO ALBERTO CARRERA MORASKY**

**MÉDICO Y CIRUJANO**

**COLEGIADO 4560**

**NYDIA DOLORES MEDRANO CHINCHILLA**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**COLEGIADO 5287**

**POR DONALD WYLMAN GONZÁLEZ AGUILAR**

**INGRID JEANNETTE GONZÁLEZ AGUILAR**

**LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**COLEGIADO 16042**

**RONALD DAVID GONZÁLEZ CERMEÑO**

**LICENCIADO CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR**

**COLEGIADO 8136**

## **DEDICATORIAS**

### **POR DONALD WYLMAN GONZÁLEZ AGUILAR**

A mi padre Domingo González Ramos y madre Rosa Aguilar Nájera, por su apoyo y ser fuente de inspiración dándome fuerzas cuando pensé en rendirme; quienes continuamente me brindaron su apoyo moral, espiritual, emocional y financiero. Sin su interminable amor y aliento, nunca hubiera podido estar aquí.

A mis hermanos, Roxana, Ingrid, Ronald y mi cuñado Urías ya que son las personas con quien me apoyé, aprendí, compartí y seguimos creciendo juntos. Por siempre estar para mí ante cualquier adversidad. Este sueño cumplido, no es solo mío, también es de ustedes.

A mis sobrinos, tienen una vida por delante por construir. Cumplan sus metas y sus sueños. Busquen la excelencia académica siempre.

A toda mi familia que me acompaña, por su amor concreto, real, complejo, histórico, diverso.

A mis amigos, los que están acá, los que ya no están, los que se fueron y quienes ya no están en forma física. Gracias por ser un caleidoscopio de enseñanza y sentimientos, sin su apoyo, consejos y motivación. Esto no sería posible.

A la comunidad la verbena, especialmente al Centro Psicosocial la verbena. Sin ustedes no podríamos completar este sueño.

A todos los guatemaltecos, aquellos que siguen siendo oprimidos y que siguen sufriendo lo desigual de esta sociedad, pero a la vez siguen resistiendo por ver a una Guatemala mejor.

## **DEDICATORIAS**

### **POR ALVARO LUIS RODOLFO CARRERA**

A Dios, porque al ver hacia atrás siempre ha estado presente, al ver hacia al frente se hace palpable la confiar en que estará hasta el final. Por brindarme todos los dones que poseo y que me permiten servir a otros y transformar un poco mi entorno

A mi madre, por enseñarme que en la vida siempre se puede luchar por seguir adelante, sin necesitar de nadie más, pero siempre estando atento a quienes necesitan una mano amiga que les recuerde que la vida siempre vale la pena.

A mi familia, porque de alguna manera indirecta o directamente siempre me han apoyado en mis sueños y metas

A mis sobrinos, para que vean siempre en el camino académico un medio para superarse y ser mejores seres humanos, que buscan el bienestar común más que el propio

A mis estudiantes, quienes siempre fueron una motivación para continuar preparándome, con la finalidad de servirles mejor.

A "Fita" por siempre motivarme a superarme, por compartir conmigo siempre la emoción de lograr nuevas metas académicas, por llevarme siempre a ser mejor de lo que se puede, desde aquí hasta allá. Se que se siente orgullosa.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **POR DONALD WYLMAN GONZÁLEZ AGUILAR**

A Dios, Por lo vivido, gracias. Por lo equivocado, perdón. Por los sueños que dejé disiparse, lo siento; en las preocupaciones, hágase tu luz; en tus manos, mi confianza. En lo que está por venir, no faltes. Mañana, Tú. Y yo. Y tantos otros.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por abrirme espacios y por formarme durante más de cinco años.

A mi asesora de tesis, Licenciada Nydia Dolores Medrano Ch. Por darnos su apoyo incondicional en nuestra formación profesional y humana. Demostrando que el amor por enseñar es mejor cuando se comparte.

A mi revisora de tesis, Licenciada Suhelen Patricia Jiménez, por su profesionalismo y empatía en este proceso de formación académica. Gracias por siempre darnos las palabras acertadas para mejorar nuestro trabajo de investigación.

A la comunidad de la Parroquia Virgen de la Medalla Milagrosa, La Verbena, zona 07. En especial a Patricia García, quien fue parte fundamental para recolectar los datos de esta investigación.

A Miriam Gamboa. Gracias enseñarme a ser más humano en mi práctica profesional y enseñarme a querer a la comunidad de La Verbena. Sin su ayuda incondicional, su apoyo, consejos y amistad, esta investigación no existiría.

A los guatemaltecos, porque gracias a ustedes estoy acá, y como profesional egresado de esta prestigiosa universidad, mi compromiso para id y enseñad a todos es mas fuerte que nunca.

## Índice

Resumen .....	1
Prólogo.....	2
Capítulo I.....	4
1. Planteamiento del problema y marco teórico .....	4
1.01. Planteamiento inicial del problema.....	4
1.02. Objetivos .....	8
1.03 Marco teórico.....	8
1.03.2. Resiliencia.....	11
1.03.3. Calidad de vida .....	16
1.03.4. Relación entre resiliencia y calidad de vida .....	22
Capítulo II .....	25
2. Técnicas e instrumentos .....	25
2.01. Enfoques y modelos de investigación.....	25
2.02. Técnicas.....	25
2.03. Instrumentos.....	27
2.04. Operacionalización de objetivos.....	28
Capítulo III.....	30
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.....	30
3.01 Características del lugar y de la muestra .....	30
3.02 Presentación e interpretación de resultados.....	32
3.03. Análisis general .....	41
Capítulo IV.....	50
4. Conclusiones y recomendaciones .....	50
4.01 Conclusiones .....	50
4.02 Recomendaciones.....	51
4.03. Referencias.....	52
14. Anexos.....	56
Guía de observación.....	56
Cuestionario unificado .....	58

Consentimiento informado.....	64
-------------------------------	----

**Título:** Relación entre resiliencia y calidad de vida en adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar pertenecientes a la Parroquia Medalla Milagrosa.

### **Resumen**

Los desafíos emergentes de la violencia contra el adulto mayor son acompañados de sentimientos de pérdida y otros factores estresantes propios de dicha etapa. La literatura ha reportado que los adultos mayores son capaces de modelar estos impactos en su vida cotidiana, afectando los niveles de resiliencia y las dimensiones de la calidad de vida. El objetivo del estudio estableció la relación entre la resiliencia y calidad de vida de los adultos mayores, a través de la multidimensionalidad, multidisciplinariedad, alta variabilidad interna y sus diferencias. El enfoque es cuantitativo de alcance correlacional. Se empleó un muestro no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta solamente aquellos que aceptaron participar en la investigación, compuestos por adultos mayores pertenecientes a la Parroquia de la Medalla Milagrosa, colonia La Verbena. La recolección de los datos se realizó a través de un cuestionario unificado, auto aplicable que contiene preguntas organizadas por dos pruebas: una que determina los niveles de resiliencia: *Escala de Resiliencia (ER)*; y otra que distingue las dimensiones de la calidad de vida: *Escala FUMAT*. Además de los datos sociodemográficos. Con estos resultados a través de la prueba estadística Shapiro–Wilk se determinó el grado de relación entre los niveles de resiliencia y la calidad de vida. Estos resultados y los efectos de su condición proporciono a las instituciones religiosas la información necesaria para tomar decisiones y fortalecer las dimensiones de calidad de vida y niveles de resiliencia, incluso prevenir y abordar con la debida orientación científica.

**Palabras clave:** Resiliencia, calidad de vida, adulto mayor

## **Prólogo**

El presente estudio estableció la posible relación entre la resiliencia y la calidad de vida que poseen los adultos mayores que han sido víctimas de violencia intrafamiliar. La población seleccionada para el estudio fueron las personas comprendidas en el rango de los 60 años en adelante, pertenecientes a la Parroquia Virgen de la Medalla Milagrosa, en la Colonia la Verbena Zona 7 de la Ciudad Capital, así mismo se pretendió determinar los niveles de resiliencia de la población, aunado con las dimensiones de la calidad de vida que los participantes antes descritos experimentan y la posible correlación entre los niveles y dimensiones antes indicadas, para estos fines se contó con el apoyo y la colaboración de la institución religiosa y de las autoridades competentes.

Existió un especial interés desde la situación actual en la que se encuentran los adultos mayores, en cuanto a las dimensiones de calidad de vida y los niveles resilientes que experimentan, para que, la instancia religiosa pueda establecer proyectos que desarrollen con mayor amplitud las variables establecidas e incluso formas de abordaje eficaces con la población. Así mismo el trabajo realizado puede influir en la elaboración de planes de trabajo en instituciones religiosas y no religiosas, que no cuenten con programas de mejora de la calidad de vida y desarrollo de la resiliencia con adultos mayores víctimas de violencia en el contexto familiar. Se toma en cuenta la oportunidad para que la Escuela de Ciencias Psicológicas a la luz de los resultados, pueda invertir recursos con mayor efectividad en el desarrollo del bienestar de esta población

Se tomó en cuenta a los adultos mayores voluntarios, con una muestra no probabilística por conveniencia, se continuó con la utilización de una escala unificada, de resiliencia, Escala FUMAT para las dimensiones de calidad de vida. Se partió de un paradigma de investigación neopositivista, con un enfoque cuantitativo correlacional para determinar la afección de las variables en la población establecida

Como parte de los resultados se encontró situaciones que limitaron el proceso, por ejemplo: los adultos mayores que no desearon participar, parte de la población de avanzada edad no contaba con la capacidad de atender y comprender de manera inmediata los ítems

que se les presentó y en algunos casos se percibió incomodidad con algunas de las interrogantes.

De modo contrario, surgieron diferentes beneficios desde la experiencia, la cual generó una reflexión en la población en torno a su estilo de vida, en cuanto a la confianza que depositan en otras personas, las metas y deseos que su vida presente hoy y sus proyectos a futuro por mencionar algunos elementos.

En cuanto a los resultados entre la variable resiliencia y calidad de vida se obtiene información que puede complementar los programas de trabajo de centros de práctica, instituciones de cuidado y la atención grupal e individual de los adultos mayores en situaciones de riesgo. Se agradece la apertura de las autoridades de la Pastoral Social de la Parroquia Virgen de la Medalla Milagrosa y al Centro de práctica psicosocial La Verbena zona 7, por su apertura y colaboración con el estudio, así mismo con los y las participantes en la misma.

## **Capítulo I**

### **1. Planteamiento del problema y marco teórico**

#### **1.01. Planteamiento inicial del problema.**

Los adultos mayores en Guatemala a través de la historia multiétnica han sido sinónimo de sabiduría y respeto, según la cultura popular y las tradiciones propias de la cosmovisión maya. En los contextos actuales la cultura y las relaciones pragmáticas, plantean que los adultos mayores resultan ser poco productivos a la sociedad y en muchas ocasiones en una carga social, provocando cambios en las políticas estatales y nuevos desafíos para la salud pública.

En este ámbito uno de los desafíos emergentes es la violencia contra el adulto mayor, ya que alcanza a todos los niveles de la sociedad y puede conducir a trastornos emocionales, aislamiento, culpa y negación, trauma físico y muerte (Apratto, 2010). Además de agresiones sexuales, negligencia y violencia económica.

Hay una prevalencia en la violencia contra el adulto mayor en las investigaciones internacionales y en las pocas que existen en Guatemala (Mascarenhas, & et al, 2012). Un estudio en 524 ciudades encontró que el 67.7% de los adultos mayores fueron víctimas de violencia física y el 29.1% fueron víctimas de violencia psicológica (Mascarenhas, & et al, 2012). A pesar de las diferencias metodológicas de cada una de las investigaciones presentadas en el informe y el tipo de violencia de clasificación utilizado, los resultados muestran la relevancia del adulto mayor frente a la situación de violencia en el escenario guatemalteco e internacional.

En Guatemala, son pocos los estudios que dan a conocer la magnitud del problema, debido a la naturaleza oculta de la violencia (Apratto, 2010), especialmente contra el adulto mayor. La identificación temprana y los factores de riesgo permitirían la sistematización de la atención y el desarrollo de acciones preventivas, en especial cuando solo contamos con acciones que buscan sin éxito solventar los problemas ya existentes en este ámbito.

Es así que la vida del adulto mayor a menudo es acompañada de sentimientos de pérdida y otros factores estresantes propios de dicha etapa (Bartky, 1999), las investigaciones muestran que la mayoría de los adultos mayores son capaces de moderar el impacto de estas angustias en su vida cotidiana (Hardy, Concato, & Gill, 2002). Esto plantea la interrogante de cómo, a pesar de los grandes obstáculos, los adultos mayores pueden mantenerse con entusiasmo y esperanza.

De cierta manera los adultos mayores son personas con cierta fragilidad, al encontrarse en un momento de la vida de mayor dependencia de sus seres queridos o quienes por alguna y otra razón se hacen cargo de ellos. Esta situación resta importancia a los factores físicos y emocionales que conforman las necesidades de una calidad de vida elevada para el adulto mayor. Bajo esta perspectiva la violencia intrafamiliar que sufren un sinnúmero de adultos mayores, en algunos casos es un factor que deteriora la calidad de vida.

La calidad de vida en el adulto mayor está conformada por tener garantías en ciertas necesidades primordiales como: vivienda, vestido alimentación, educación, y libertades humanas, dentro de estas últimas, la capacidad de contar con propia voluntad, es decir decisión y realización de una actividad primordial en la cual puedan ser útiles. Los autores Schalock & Verdugo (2007), proponen un modelo para la calidad de vida de adulto mayor que está conformado por dimensiones e indicadores dentro de sistemas sociales, los cuales son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estas dimensiones proporcionan un estudio de los niveles de la calidad de vida en el adulto mayor. La falta de corresponsabilidad entre las dimensiones establece una ruptura con el contexto social del adulto mayor, un ajuste problemático entre la persona y su entorno (Schalock, 1996).

En ciertas ocasiones las dimensiones no se ven cubiertas, en el mejor de los casos, por inconsciencia o falta de atención y tiempo de los familiares de estas personas, pero también acontece que estas situaciones se vuelven consientes y entonces se genera cierta violencia

en el ámbito interno familiar contra el adulto mayor (Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala [ODHAG], 2005).

Un factor determinante que influye en las situaciones antes descritas es la falta de accesibilidad que las familias puedan tener para cubrir sus necesidades básicas, e incluso vivir en situaciones de pobreza o de pobreza extrema.

De este planteamiento surge la problemática sobre la situación en la que se encuentran los adultos mayores de la colonia La Verbena zona 7 de la Ciudad Capital, quienes ya de por sí, se encuentran en un área compleja por los contextos de esta, con mayor exposición a la violencia y a la carencia del cumplimiento de sus necesidades básicas, la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas. (Krzemien, 2001).

Este reconocimiento de las relaciones significativas e interacción social propicia el surgimiento de la resiliencia en la persona humana, ya que la resiliencia es un rasgo propiamente humano, en tanto estas se construyen (Saavedra & Villalta, 2008). Por otra parte, la resiliencia es un rasgo personal cultivado a lo largo de la historia del sujeto, y que posiblemente, se ha construido como un vínculo temprano, siendo condición, para el desarrollo de una particular apropiación de los sucesos de la vida (Saavedra y Villalta, 2008); en otras palabras, la resiliencia ha sido aprendida con relación a otras personas. Pero cuando esta relación ha sido violentada desde un inicio, se ve condicionada la resiliencia como un factor influyente en el desarrollo de una calidad de vida elevada.

Hay ciertos tipos de eventos de la vida que permiten la aparición de la resiliencia en la tercera edad, supone una combinación de factores personales y contextuales (Kotliarenko, 1999) que propicia el afrontamiento del adulto mayor a la realidad apropiándose de la misma, empoderándose de los elementos contextuales, generando así un comportamiento saludable, propiciará la superación de la violencia intrafamiliar como un evento que le perjudica.

Ante el deterioro que la sociedad actual propicia a la satisfacción personal y el equilibrio emocional del adulto mayor, relacionar la resiliencia y la calidad de vida en momento de crisis sociales y emocionales, nos ayudan a construir fundamentos teóricos para hacer procesos psicológicos consientes. Buscando elevar los niveles de resiliencia y potenciar las dimensiones de la calidad de vida.

Si el adulto mayor no logra una interacción social sana, carente de violencia en cuanto a la ausencia y limitación de las garantías personales y básicas, vivirá una fase de declinación funcional y aislamiento social. Según Vera (2007); en consecuencia, no tendrá acceso a desarrollo creciente de la resiliencia como capacidad para conseguir un mejoramiento de la calidad de vida que posee. La población que se encuentra en el perímetro social antes mencionado se ve limitada a ciertos factores de protección y construcción de la resiliencia, como: autoestima, introspección, independencia, humor, creatividad, etc.

De esta manera, planteados los elementos de la problemática antes descrita, la investigación pretende conocer ¿cuál es la relación entre la resiliencia y calidad de vida de los adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a un grupo de la parroquia Medalla Milagrosa, colonia La Verbena, zona 07? ¿cuáles son los niveles de resiliencia en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar? ¿cuáles son las dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar? ¿cuáles son los grados de relación de los niveles de resiliencia con las dimensiones de la calidad de vida, en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar?

## **1.02. Objetivos**

### ***Objetivo general:***

Establecer la relación entre la resiliencia y calidad de vida de los adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar pertenecientes a la parroquia medalla milagrosa, colonia la verbena, zona 07 durante el año 2018.

### ***Objetivo específico***

- Determinar los niveles de la resiliencia en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar.
- Distinguir las dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar.
- Determinar el grado de relación que existe entre los niveles de resiliencia y las dimensiones de la calidad de vida, en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar.

## **1.03 Marco teórico**

### ● ***Adulto mayor***

La mayoría de los países del mundo han aceptado la edad cronológica de 60 años como un rango para determinar al adulto mayor. Aunque esta definición es un tanto arbitraria, y es muchas veces asociada a la edad en que se puede empezar a recibir beneficios de jubilación (Roebuck , 1979).

Aunque hay definiciones de la vejez de uso general, no existe un acuerdo sobre la edad en que una persona se convierte en adulto mayor. El uso común de una edad de calendario para marcar el umbral del adulto mayor asume la equivalencia con la edad biológica, sin embargo, en general se acepta que estos dos no son necesariamente sinónimos (Roebuck , 1979).

En 1875, en Gran Bretaña, la Ley de Sociedades de Amigos, promulgó la definición del adulto mayor como cualquier edad después de los 50, sin embargo, los planes de pensiones en su mayoría utilizan la edad de 60 o 65 años de elegibilidad (Roebuck , 1979). La Organización de Naciones Unidas no ha adoptado un criterio estándar, pero en general, utiliza más de 60 años para referirse a este tipo de población

El proceso de envejecimiento es, una realidad biológica que tiene su propia dinámica, en gran medida fuera del control humano. Sin embargo, también está sujeto a las construcciones por las cuales cada sociedad establece el sentido de adulto mayor. En el mundo desarrollado, el tiempo cronológico juega un papel primordial, la edad de 60 o 65 años, más o menos equivalente a la edad de jubilación en los países de primer mundo, se dice que es el comienzo de la etapa del adulto mayor. En muchas partes del mundo en desarrollo, el tiempo cronológico tiene poca o ninguna importancia en el significado del adulto mayor (Roebuck , 1979).

Otros significados socialmente contruidos de edad son más significativos, tales como las acciones asignadas a las personas mayores, por otro lado, también se debe contemplar los casos donde es evidente la pérdida progresiva de varias funciones biológicas, que acompañan la decadencia física, esto es importante en la definición de las personas en estos rangos, del mismo modo podemos mencionar que, los adultos mayores en muchos países en desarrollo se hacen evidentes en el momento en que la contribución activa ya no es posible (Randel, 1999).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el adulto mayor generalmente se define de acuerdo con una serie de características que incluyen: edad cronológica, el cambio en el papel social y los cambios en las capacidades funcionales. En los países de altos recursos el adulto mayor se define generalmente en relación con la jubilación del empleo y la recepción de las pensiones, pagadas a los 60 ó 65 años. Con el aumento de la longevidad algunos países definen un grupo separado de personas de mayor edad, los mayores de 85 años. En situaciones de bajos recursos con cortos ciclos de vida, los adultos

mayores pueden ser definidos como los mayores de 50 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Para el censo del año 2002, Guatemala tiene una población mayor de 60 años de 713,780. El 49.6% de esta población son hombres y el 50.4% son mujeres, según el Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2011)

✓ ***Adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar.***

Durante el año 2003 la Defensoría del Adulto Mayor de la Procuraduría de Derechos Humanos, recibió 181 denuncias de maltrato, dentro de estas denuncias el 46% fueron por violencia intrafamiliar, incluyendo maltrato económico y patrimonial y el 54% fueron denuncias de violación a sus derechos en tanto: salud, ámbito laboral, seguridad, vivienda, seguridad social y otros (ODHAG, 2005). Los anteriores datos evidencian las condiciones que en Guatemala atraviesan los Adultos Mayores, las cuales claramente los coloca en condiciones de vulnerabilidad social.

La violencia en personas mayores por miembros de la familia data de épocas antiguas. En el último cuarto del siglo XX, este tipo de violencia se mantuvo oculta a la vista del público. Inicialmente por una cuestión de bienestar social y, posteriormente, por un problema del envejecimiento. La violencia intrafamiliar del adulto mayor ahora se ha convertido en una cuestión de Salud Pública y justicia penal (OMS, 2017).

Para la OMS (2002) la violencia intrafamiliar al adulto mayor también es conocida como "abuso de ancianos", este término fue descrito por primera vez en la Revista científica de gran Bretaña en 1975 como una cuestión social y política. Durante los años 80, investigaciones procedentes de Australia, Canadá, China, Noruega, Suecia y los Estados Unidos, así como en la siguiente década de Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Sudáfrica, los Estados Unidos, Reino Unido y otros países europeos, identificaron junto con pruebas anecdóticas y otros informes de algunos países en desarrollo que la violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor es un fenómeno universal (OMS, 2002). Sumado a todas estas investigaciones actualmente el estudio de tipo de violencia, a través de instituciones como ODAGH en Guatemala, se está tomando mucho más en serio, ya que se refleja una

creciente preocupación mundial por los derechos humanos y la igualdad de género, así como la violencia intrafamiliar y el envejecimiento de la población.

En general, se acepta que el abuso del adulto mayor es un acto de comisión o de omisión, que se suele describir como "negligencia" y que puede ser intencional o no intencional. El abuso puede ser de naturaleza física, psicológica (OMS, 2002), o puede implicar problemas financieros o maltrato material. Independientemente del tipo de abuso, sin duda resultará en: sufrimiento, lesión o dolor, la pérdida o violación de Derechos Humanos y una disminución en la calidad de vida y resiliencia del adulto mayor (OMS, 2002). Si el comportamiento se denomina abusivo, negligente o explotador probablemente depende de la frecuencia con que el maltrato ocurre, su duración, severidad y consecuencias, pero, sobre todo, del contexto cultural.

### **1.03.2. Resiliencia**

Contrario al uso que se le ha dado en los últimos años, la resiliencia no tiene origen en las categorías sociales o humanistas. Este concepto se deriva del campo físico y le da significado como la capacidad y el grado en que un metal puede resistir el daño y volver a su estado natural (Malaguti & Cyrulnik, 2005). La introducción de este concepto y su uso en las ciencias humanistas y sociales no ha sido fácil; esto es debido a sus características multidimensionales y la variedad de aspectos que intervienen en ella.

Históricamente, el concepto de resiliencia surgió en la literatura de desarrollo infantil como un marco para entender por qué algunos niños que crecen en circunstancias de adversidad, a pesar de esto, prosperan (Masten & Wright, 2010).

La resiliencia puede ser difícil de definir de una manera que satisfaga a todas las partes. Norris y colaboradores (2008) sostienen que, cuando se aplica a las personas y su entorno, la capacidad de recuperación es fundamentalmente una metáfora, también señala que la conceptualización de la capacidad de recuperación de esta manera puede ser incomprensible, ya que no añade mucho a la comprensión del concepto. Esto se debe a la abundancia de definiciones de la resiliencia y el hecho de que este concepto es compartido por muchas disciplinas hace que sea difícil tener una definición común.

Por otra parte, Shalev y Errera (2008) argumentan que la resiliencia puede significar diferentes cosas para diferentes personas en diferentes momentos, ya que hay muchas maneras de ser resilientes, y que el principal atributo genérico de la resiliencia es un nivel suficiente de estabilidad y regularización bajo la adversidad. Se ha tratado de conceptualizar la resiliencia, la definición se toma como un proceso multidimensional y sin fin que incorpora una serie de factores, incluyendo: Las experiencias pasadas, la imaginación, la creatividad o la improvisación; capacidad de superar y seguir adelante; La capacidad de un sistema para absorber eficazmente, responder y recuperarse de demandas internas o externas; desarrollo de una visión colectiva y compartida de peligros y qué hacer con ellos; entre otras (Shalev & Errera, 2008).

La resiliencia ha estado en un periodo de oro (Saavedra E. , 2005) en los últimos años, especialmente en las disciplinas psicológicas y psicoanalíticas, aunque es difícil de encontrar un enfoque sistemático desde estas perspectivas. El reto parece ser introducir las definiciones, usos y significados en las disciplinas humanistas y sociales que son importantes para poner en relieve los aspectos teóricos de una posible propuesta de los procesos de resiliencia y su dinámica en contextos sociales.

La resiliencia es definida por los especialistas de la salud mental la plantean como una hipótesis que da una explicación a la conducta saludable en condiciones de adversidad o alto riesgo (Saavedra E., 2005). También se ha relacionado a otros términos como: factores protectores, factores de riesgo y vulnerabilidad, los cuales describen los elementos predisponentes del sujeto, y aquellos del entorno que influyen en el comportamiento saludable.

Se ha llegado a señalar que la resiliencia es el resultado de factores protectores como: autoestima consistente, introspección, independencia, capacidad para relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y pensamiento crítico (Saavedra E. , 2005). Con esta perspectiva se puede decir que la resiliencia es un rasgo personal cultivado a lo largo de la historia del sujeto y que se distingue por lo aprendido en relación con otros. Así pues,

lo aprendido puede cambiarse, modificarse o está en constante proceso de interpretación a través de las fuentes interactivas de la resiliencia (Saavedra & Villalta, 2008).

Estas fuentes Edith Grotberg (1955) las clasifica en tres categorías: La primera son aquellas que tienen que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir, por ejemplo: yo tengo, que se refiere a mi entorno social. Esas personas que se encuentran a mi alrededor (red de apoyo), en quienes confió y llegan a querer al sujeto incondicionalmente. Dentro de estas fuentes también están las personas que ayudan a la persona a poner límites, para aprender a poner límites, también aquellas que muestran por medio de actos conductuales la manera correcta de proceder.

La segunda categoría son aquellas fuentes que tienen que ver con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona yo soy - yo estoy. Yo soy hace referencia a los sentimientos que otros tienen sobre la persona, la capacidad de demostrar afecto hacia las demás personas y la forma en que respeta a los demás. En cambio, Yo Estoy, indica la responsabilidad que tiene la persona para hacerse cargo de su accionar, así como de la seguridad que tiene para realizar sus acciones (Grotberg, 1955).

Y por último la tercera fuente es aquella que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas, yo puedo. Que se ejemplifica con la disponibilidad de hablar de las cosas que asustan o inquietan a la persona, la búsqueda de resolver los problemas, contrarlar los impulsos, buscar acompañamiento cuando sea necesario (Grotberg, 1955).

Con esta base Saavedra (2005) desarrolla un modelo para el estudio de la resiliencia en donde señala que: la respuesta resiliente es una conducta orientada a metas, respuesta sustentada o vinculada; a una visión abordable del problema; como conducta recurrente en visión de sí mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos o proactivos ante los problemas; los cuales tienen como condición histórico-estructural a condiciones de base, es decir un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados.

Esta propuesta actualiza las diversas formas del lenguaje del sujeto, pero también las propuestas anteriormente construyen al sujeto. Es decir, que cuando el sujeto habla de sí, expresa, inconscientemente su historia, una interpretación de sí mismo, de los demás y como abordar las situaciones actuales de su vida.

Para medir los niveles Saavedra propone 12 categorías, las cuales son:

**Identidad (Yo soy- condiciones de base).** Refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable. Estos juicios generales refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia.

**Autonomía (Yo soy- visión de sí mismo).** Refiere a juicios que refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural.

**Satisfacción (Yo soy- visión del problema).** Refiere a juicios que develan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.

**Pragmatismo (Yo soy- respuesta resiliente).** Refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza.

**Vínculos (Yo tengo-condiciones de bases).** Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal.

**Redes (Yo tengo-Visión de sí mismo).** Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano.

**Modelos (Yo tengo-Visión del problema).** Juicios que refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas.

**Metas (Yo tengo-respuesta).** Juicios que refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática.

**Afectividad (Yo puedo-condiciones de base).** Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno.

**Autoeficacia. (Yo puedo-visión de sí mismo).** Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.

**Aprendizaje (Yo puedo-visión del problema).** Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.

**Generatividad (Yo puedo-respuesta).** Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.

- ***Resiliencia en la edad adulta.***

El desarrollo cognitivo muestra una amplia variación entre los individuos en la esperanza de vida de los adultos, y hay una preocupación estadística del por qué algunos años tienen más éxito que otros (Masten & Wright, 2010). Esto nos lleva a explorar la naturaleza de la resiliencia a través de la edad adulta.

Así, para explicar un envejecimiento exitoso; la resiliencia pone el énfasis en los factores protectores contra los riesgos asociados. El estudio de la resiliencia subraya la importancia de reconocerla en la edad adulta, de modo que la comprensión de la resiliencia requiere un análisis de las amenazas para el desarrollo exitoso y factores de protección.

Algunos autores dan por sentado que tanto la continuidad del desarrollo y la plasticidad (Evans & Schamberg, 2009; Hertzog, Kramer, Wilson, & Lindenberger, 2008) son fuerzas poderosas de desarrollo, con amenazas y factores protectores, y estos protegen contra esas amenazas haciendo el proceso de resiliencia a lo largo de toda la vida.

Los estudios con respecto de la resiliencia y el adulto mayor han encontrado que el optimismo, las redes sociales fuertes, el envejecimiento exitoso autoevaluado, la salud emocional, el éxito cognitivo y la ausencia de depresión presagian la resiliencia. Comparando adultos jóvenes (menores de 26 años) con adultos mayores (mayores de 64 años), Gooding, Hurst, Johnson y Tarrier (2012) encontraron que los adultos mayores tenían mayor resiliencia que los adultos jóvenes, particularmente con respecto a la

resolución de problemas y la capacidad de regular las emociones. Esto no debería sorprender, ya que, la mayoría de los adultos mayores tienen muchos años de experiencia en la resolución de problemas y el control de sus sentimientos.

La construcción de la resiliencia en los adultos mayores se basa en su historia. Incluyendo los procesos biológicos o de aprendizaje, la experiencia, el rango de posibilidades experimentado a lo largo de la vida son una fuente donde el adulto puede recurrir en caso de adversidad.

### **1.03.3. Calidad de vida**

Cada individuo posee el derecho a vivir con cierta calidad, teniendo los recursos necesarios para solventar sus necesidades físicas, económicas y psicológicas. Este estatus de vida ha motivado a cada sujeto a su propia evolución, buscando adecuar su entorno en función de su propia comodidad (Gómez-Vela & Sabeh, 2000).

La calidad de vida es un concepto que en los últimos años ha generado un gran interés, pero no es sólo una noción del siglo XX. Más bien se remonta a filósofos como Aristóteles (384-322 aC), que escribió sobre "la buena vida" y "vivir bien" y cómo las políticas públicas pueden ayudar a nutrirla. Mucho más tarde, en 1889, el término calidad de vida fue utilizado en una declaración definiéndola como: no debemos considerar la cantidad, sino también la calidad de la vida "que forma el fin moral" (Smith, 2000).

Esto fue seguido por una oleada, en la década de 1930, cuando los investigadores comenzaron a mostrar un verdadero interés en el tema y se hicieron varios intentos para definir, investigar y medir el concepto (Massam, 2002). La preocupación de los investigadores ha sido medir la riqueza material como un indicador de la calidad de vida. Sin embargo, una periodista de Baltimore publicó una serie de artículos que presentaron las calificaciones Calidad de vida en ciudades y estados. Sus calificaciones incluyeron factores objetivos tales como: Renta, educación, índices de criminalidad, precios de la vivienda y mortalidad infantil, sino también calificaciones subjetivas, tales como los sentimientos de las personas sobre su vecindario y el medio ambiente (Mitra, 2003).

El término “Calidad de vida” toma fuerza en la década de los 60 y manifiesta una amplitud en cuanto a su adopción en diferentes disciplinas, aunque como se ha mencionado este estado humano se encuentra inherente a la historia de la evolución de la civilización. Gómez-Vela & Sabeh, (2000) afirman que la idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 2005) define a la calidad de vida como la percepción de un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

La calidad de vida se trata desde la conciencia que cada persona tiene de sí misma, en su espacio y lugar, en sus derechos, hasta los elementos físicos que conforman su salud. Sin dejar de lado el ambiente psicosocial que conforma la experiencia de vida de los sujetos (Gómez-Vela & Sabeh, 2000). Hasta antes de la difusión del término calidad de vida se hacía referencia a los indicadores sociales, como las categorías para establecer el bienestar de los individuos. El término comenzó a referir condiciones objetivas como componentes subjetivos (Gómez-Vela & Sabeh, 2000), integrando todos los ambientes pertinentes en torno a los sujetos. Se incluye el término en la primera revista monográfica de EE. UU. *Social Indicators Research* en 1974 y en *Sociological Abstracts* en 1979 provocando un interés particular en su teoría y metodología, para la década de los 80 se inicia la investigación definitiva en torno al concepto de calidad de vida.

La investigación sobre calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad. (Schalock R. , 1996) promoviendo organizadamente una evaluación sistemática de las necesidades humanas en distintas porciones de la población mundial, según sus contextos

y experiencias como, por ejemplo: poblaciones con discapacidad o población mayor de los 65 años.

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor (Gómez-Vela & Sabeih, 2000) estos programas se ha desarrollado desde una diversidad de investigaciones que a su vez desarrollan instrumentos que establecen parámetros en la calidad de vida de las poblaciones menos favorecidas o empobrecidas en las condiciones actuales. Entre estas podemos mencionar: CAVI-R: Promoción de la CV; Propiedad; Relación social; Participación; Control del entorno; Salud física y Seguridad personal para: Adultos con retraso mental y graves discapacidades (De Verdugo et al 1996).

Por ellos sobre la calidad de vida, se puede afirmar que es un proceso complejo, tal y como deriva el mismo hecho de tratar de definir el concepto, se evidencia la dificultad no tan solo, en el desarrollo de la calidad de vida de un adulto mayor, como también en la evaluación de esta. Verdugo, Arias, & Gómez (2006) señalan que distintos modelos evaluativos sobre la calidad de vida se caracterizan por: Su naturaleza multidimensional, el uso del pluralismo metodológico, el uso de diseños de investigación multivariada para evaluar las maneras en que las características personales y las variables ambientales se relacionan con la calidad de vida, la incorporación de la perspectiva de sistemas y la misma investigación y valoración orientadas a la calidad de vida.

El interés por crear formas evaluativas válidas y confiables ha ido aumentando, aún son necesarios elementos prácticos que permitan obtener datos de la propia persona para planificar sus redes de apoyo (Verdugo et al., 2006).

De acuerdo con el modelo de calidad de vida planteado por Verdugo Alonso y colaboradores (2009) se encuentran ciertos principios básicos para que existan una calidad de vida. Dentro de estos podemos mencionar que la calidad de vida mejora cuando las personas son participes en decisiones que tienen alguna trascendencia o que de alguna manera afectan sus vidas. Un ejemplo cercano podría ser la manera en que se toma decisión

en lugar de alguna persona con discapacidad al pensar que ellos no tienen la capacidad de hacerlo. El respeto a cada persona y a su capacidad mediada de tomar decisiones es un factor en importancia para la percepción de la calidad de vida. Al ser capaces de poder determinar las tareas que se deben completar y de realizarlo la utilidad personal incrementa, de tal modo que la calidad de vida tiene un soporte fundamental.

Se puede determinar entonces que una persona experimenta calidad de vida cuando se cumplen sus necesidades básicas dentro de su propio contexto y más aún cuando esta persona tiene las mismas oportunidades que los demás para perseguir y lograr metas en los contextos de vida principales, como son el hogar, la comunidad, la escuela y el trabajo resulta interesante definir cuáles podrían ser las necesidades básicas que un adulto mayor presenta.

Verdugo y colaboradores (2009), plantea ciertas dimensiones centrales que constituyen una vida de calidad:

**Bienestar emocional.** Entran en esta clasificación; la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el auto concepto y la satisfacción con uno mismo la seguridad. Estos elementos se logran mediante diferentes técnicas que permitan aumentar la espiritualidad, propiciar un espacio de vida digno y seguro, reducir estrés, promocionar el éxito y la estabilidad.

**Relaciones interpersonales.** Dentro de esta clasificación se encuentra: intimidad, afecto, familia, interacciones, amistades, apoyos. Es importante y culturalmente complicado permitir la intimidad, el afecto y el apoyo a la familia, crear relaciones interpersonales, promover amistades y concretar apoyo desinteresado.

**Bienestar material:** esta clasificación contempla: derechos, económico, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, estatus socioeconómico. Los factores que contribuyen en estos procesos son la capacidad de asegurar ambientes sanos y seguros, fomentar posesiones y una seguridad financiera.

**Desarrollo personal:** en esta clasificación podemos encontrar: formación, habilidades, realización personal, competencia personal, capacidad resolutive. Destaca la necesidad de proporcionar educación enseñando habilidades funcionales, promoviendo actividades útiles.

**Bienestar físico:** se clasifica: nutrición, movilidad, ocio, actividades de la vida diaria. Dentro de este contexto es importante asegurar el cuidado de la salud, poseer tiempo libre significativo, mejorar la nutrición.

**Autodeterminación:** clasifica: autonomía, elecciones, decisiones, control personal, autorregulación, valores/metapersonales. Es importante tener presente que la persona se hace partícipe de sus propios procesos.

**Inclusión social:** califica: aceptación, estatus, apoyos, ambiente laboral, integración y participación en la comunidad, roles, actividades de voluntariado, entorno residencial. Es importante mantener redes de apoyo y grupos que generen positividad y oportunidades de crecimiento.

**Derechos:** la clasificación de este elemento posee: privacidad, voto, acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general.

Además de estas dimensiones (Verdugo Alonzo, Gómez Sánchez , & Arias Martínez, 2009) explican en la escala FUMAT, para la evaluación de la calidad de vida en personas mayores que existen varias perspectivas de sistemas sociales que influyen en la calidad de vida del adulto mayor, estas están compuestas en tres niveles, siendo estos:

**Microsistema,** el cual resulta el contexto inmediato del sujeto y con el que se relaciona en un primero momento durante su cotidiano. Familia, pares, etc.

**Mesosistema,** siendo el que afecta directamente el funcionamiento del microsistema, en este sistema podemos mencionar: la comunidad y organizaciones

**Macrosistema**, en congruencia son los patrones culturales y sociales que influyen directamente en los valores de los individuos en la sociedad.

El cuidado y la atención asertiva de estas dimensiones y las perspectivas sociales producirán un equilibrio en la calidad de vida de los adultos mayores, por ello la importancia de comprender de mejor manera.

La estructura del concepto y su medida, esto promueve su evolución desde la visión de la calidad de vida como un concepto hacia la calidad de vida como un constructo medible que puede proporcionar información a todas las personas implicadas en la provisión de servicios y apoyo. (Schalock & Verdugo, 2007).

#### ***1.03.3.1. Calidad de vida en el adulto mayor.***

Para profundizar en los elementos que conforman la calidad de vida del adulto mayor y los elementos que influyen en el desarrollo o deterioro de este, es importante definir la construcción social que este establece en los elementos psíquicos del adulto. Para esto es necesario establecer las representaciones sociales de la calidad de vida para este segmento de la población.

La representación social en teoría del conocimiento es la imagen, idea, noción o pensamiento que se forma en el psiquismo (Moscovici, 2002). La construcción social de la calidad de vida en el adulto mayor posee un proceso más extensivo precisamente por la edad de los sujetos. Según (MORA, 2002) la calidad de vida en el adulto mayor se define entre la interacción desde las características de la existencia de estos, y de la existencia humana en general.

Se puede acentuar ciertos elementos en esta misma dinámica como: vivienda, vestido, alimentación, educación y ciertas libertades humanas que pasan por la confianza depositada en los procesos de edad de los adultos mayores. La conjunción de estos elementos produce un estado en teoría óptimo de bienestar humano, claro desde los procesos adaptados a los rasgos evolutivos del envejecimiento.

El medio biológico, social y psicológico conforma un triángulo en constante cambio para las circunstancias en la edad adulta, pero que de igual manera esta situación es individual distinta y particular en cada individuo, la capacidad de adaptación influye en el desarrollo de la capacidad física y en cuanto a su salud (MORA, 2002). En la ausencia o disminución de las capacidades de adaptación podemos encontrar fallas de memoria, de fuerza física, de rendimiento productivo, el abandono por la poca sostenibilidad que representan los adultos mayores para sus familiares, y finalmente la dependencia parcial o absoluta del adulto mayor de sus familiares. En estos casos sobre viene con mucha frecuencia la violencia verbal, física y emocional por parte de los familiares cercanos o cuidadores del adulto mayor. Esto por falta de comprensión de los procesos antes mencionados.

#### **1.03.4. Relación entre resiliencia y calidad de vida**

A través de la literatura se identifican cuatro similitudes entre resiliencia y calidad de vida (Lawford & Eiser, 2001) que respalda las similitudes entre estas. En primer lugar, la resiliencia y la calidad de vida son definidas como multidimensionales. Segundo, ambos son constructos latentes, es decir, no se pueden medir directamente. Tercero, dentro de las individualidades, ambos incluyen alta variabilidad interna. Cuarto, la calidad de vida y la resiliencia pueden ser necesarias para hacer diferencia y ponderar los diferentes componentes y dominios ambientales de las poblaciones. La exploración adicional de estas similitudes ofrece apoyo preliminar para ubicar a la resiliencia como un concepto central dentro de un modelo teórico de la calidad de vida.

Las aplicaciones de la resiliencia en cuanto al mejoramiento de la salud y la calidad de vida se reconocen como valiosas (Fiorentino, 2008), pero esto se alcanza cuando se toma en cuenta que, la resiliencia es un proceso que se desarrolla desde diferentes ámbitos, la estimulación familiar y escolar son determinantes en este desarrollo, la aplicación de esta perspectiva enfatiza también el desarrollo de la dignidad y la condición humana, así como la salud y el sentido de vida.

Una muestra de pacientes con enfermedades crónicas determina que la salud física y mental puede ser influenciada por la resiliencia de manera positiva y propositiva (Quiceno, Vinaccia, & Remor, 2011), conformando un afrontamiento efectivo ante situaciones que pueden afectar de manera directa la calidad de vida, en pacientes donde la resiliencia ha sido desarrollada desde edad temprana o se cuenta con ella como un elemento en la historia de la persona, se percibe un mayor nivel de calidad de vida, mayor resistencia al dolor y establecimiento del sentido de vida en torno a los momentos difíciles de vida.

Dentro de los esfuerzos por realizar en la promoción a la salud, se debe reconocer que la resiliencia se ha ido convirtiendo en un elemento a tomar en cuenta no solamente en la prevención de enfermedades y situaciones traumáticas, sino también en las etapas posteriores a los acontecimientos experimentados por las personas, en otras palabras; se concibe una favorable calidad de vida, desde la resiliencia como una variable protectora, amortiguadora y mediadora de la salud física y mental (Quiceno, Vinaccia, & Remor, 2011).

En edades tempranas una buena calidad de vida puede propiciar el desarrollo de estados de resiliencia efectivos, de esa manera la calidad de vida influye en el desarrollo de la resiliencia, si contamos con niños que se perciban valorados y amados reforzando comportamientos saludables, cubriendo sus necesidades y alimentando su autoestima, tendrán mayor probabilidad de desarrollar una actitud resiliente ante la vida (Fiorentino, 2008). Tener claro las cualidades y recursos propios es un factor enriquecedor del desarrollo, así como también las limitantes y posibilidades de superación ante estas.

Desde este enfoque, la calidad de vida y del desarrollo humano pleno contempla diversas estrategias, entre ellas la resiliencia, para seguir superando las adversidades y crecer, avanzando hacia la igualdad de oportunidades (Barranco, 2009), estas surgen de la promoción de la calidad de vida integral que requiere de resiliencia a nivel personal, familiar y comunitario.

En cuanto a la resiliencia a nivel del sentido comunitario, los contextos de pobreza y marginación en las realidades latinoamericana no son los únicos elementos que tomar en

cuenta, los desastres y catástrofes experimentados, así como una historia de violencia requiere un sentido colectivo de solidaridad que resuelvan con esfuerzo en conjunto dichas situaciones emergentes (Suárez Ojeda, 2004). La resiliencia comunitaria propone el desarrollo de una autoestima colectiva, una identidad cultural y honestidad estatal, en la carencia de estas, la calidad de vida de los pobladores se ve afectada colectivamente, dejando sin valor a la comunidad.

## Capítulo II

### 2. Técnicas e instrumentos

#### 2.01. Enfoques y modelos de investigación

El estudio partió de un paradigma de investigación cuantitativo asociado al paradigma neopositivista, puesto que se midió las variables expuestas con anterioridad, por medio de pruebas estandarizadas. Se utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo correlacional, puesto que se buscó determinar las relaciones entre las variables que afecten a la población establecida.

##### *Hipótesis*

*Hi:* Existe una relación significativa entre los niveles resiliencia y los puntajes de las dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor que fue víctima de violencia intrafamiliar y que pertenecen a una institución religiosa.

##### *Hipótesis alternativa*

Existe relación significativa entre los niveles de resiliencia y algunos puntajes de las dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor que fue víctima de violencia intrafamiliar y que pertenecen a una institución religiosa.

##### *Hipótesis nula*

No existe una relación significativa entre los niveles resiliencia y los puntajes de las dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor que fue víctima de violencia intrafamiliar y que pertenecen a una institución religiosa.

#### 2.02. Técnicas

##### *Técnica de muestreo*

Fue de tipo no probabilístico en donde se estudió una muestra por conveniencia de 17 personas (13 mujeres y 4 hombres). Se tomó en cuenta a los adultos mayores (voluntarios)

que asisten a los grupos en la parroquia la Medalla Milagrosa y que hayan declarado haber sido víctimas de violencia familiar.

### ***Técnicas de recolección***

Para la recolección de datos fueron planteadas las siguientes técnicas, dentro del orden que aparecen a continuación:

*Observación:* Tomando en cuenta el alcance en el contexto comunitario de la calidad de vida y la resiliencia, durante el desarrollo del proceso, los investigadores pudieron conocer la dinámica y el ambiente comunitario de la parroquia Medalla Milagrosa con el objetivo de registrar información que afecta a la salud mental.

*Aplicación de pruebas:* En este período se aplicó un cuestionario unificado en dos pruebas para determinar los niveles de resiliencia (*Escala de resiliencia SV-RES*); las dimensiones de calidad de vida (*Escala FUMAT*) y los datos sociodemográficos. Posteriormente se tabularon los resultados y sus respectivos análisis.

### ***Técnicas de análisis de la información***

Para el análisis se utilizaron tres softwares. EPI-INFO para la creación de los cuestionarios; paquete Office para el manejo de la base de datos y SPSS para el análisis estadístico de las pruebas.

Se crearon matrices para el vaciado de la base datos. Esto hizo que se pudieran ordenar por pruebas y verificar el resultado para cada persona; conllevando la responsabilidad de la creación de códigos para que, ni los investigadores u otra persona ajena al equipo, conozcan los datos. La interpretación de los resultados se fue con base a los casos disponibles.

Se realizaron medidas de tendencia central para determinar la normalidad de la varianza de los datos; junto con la prueba Shapiro Wilk, que determinaron si la distribución es normal de los datos y utilizar pruebas no paramétricas.

Los resultados cumplieron los requisitos para utilizar pruebas no paramétricas se utilizó la prueba Pearson para la correlación entre las variables.

### **2.03. Instrumentos**

El cuestionario unificado fue contenido por dos pruebas las cuales son:

**Escala FUMAT**, creada por Verdugo M. et al, para medir la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a algún tipo de centro de servicio social. Sirve para medir la calidad de vida de las personas mayores y personas mayores con discapacidad. El ámbito de actuación de esta escala es personas a partir de 18 años. Está formado por 57 ítems distribuidos en 8 apartados que corresponden a los diferentes tipos de calidad de vida: Bienestar emocional, Bienestar material, Desarrollo personal, Relaciones interpersonales Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Los ítems están formulados en tercera persona y las respuestas presentan solamente cuatro opciones: nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente, siempre o casi siempre.

**Escala de Resiliencia SV-RES** creada por Eugenio Saavedra y Marco Villalta, para medir niveles de resiliencia. Es una escala de resiliencia chilena que mide a través de 60 ítems, 12 factores de resiliencia. Su puntuación máxima es 300 y la mínima 60. La escala SV-RES se define en el cruce de dos ejes conceptuales a) El eje interactivo o Modelo triádico de Grotberg y b) El eje de la respuesta o acción resiliente del Modelo Emergente de Saavedra que tiene como referencia el modelo cognitivo procesal sistémico.

**Guía de observación:** Se utilizará una guía de observación para documentar el comportamiento del adulto mayor durante la aplicación de las pruebas, determinar factores ambientales que puedan afectar al personal durante la prueba como lo son, cansancio, resistencia a la prueba, ansiedad durante la prueba, estado de salud y sueño.

**Consentimiento informado:** Dentro de este se garantiza que el sujeto manifieste voluntariamente su propósito de participar en la investigación, posteriormente a haber leído y comprendido la información que está dentro de este. Contiene los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias y los posibles riesgos que obtendría al ser partícipe de la investigación.

## 2.04. Operacionalización de objetivos

Objetivos Específicos	Definición conceptual / Variables	Definición operacional indicadores	Técnicas/ Instrumentos
Determinar los niveles de la resiliencia en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar.	<p><b>Nivel de resiliencia</b></p> <p>Según Saavedra y Villalta (2008), la resiliencia es un rasgo personal cultivado a lo largo de la historia del sujeto que, posiblemente, se ha constituido como vínculo temprano. Se puede entender como la condición necesaria para el desarrollo de una particular apropiación de sucesos de la vida, con relación a otros, que tiende al cambio y posibilita un constante proceso de interpretación de dichos sucesos. Es una forma de interpretar y actuar ante los problemas recurrentes en la historia del sujeto.</p>	Niveles de Resiliencia	<p><b>Técnicas:</b></p> <p>Cuestionario auto-aplicado.</p> <p><b>Instrumento:</b></p> <p>Escala de Resiliencia SV-RES</p>
Distinguir las dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar.	<p><b>Dimensiones de la calidad de vida</b></p> <p>Según Gatica (2000), las dimensiones de la calidad de vida se entienden como un estado de bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.</p>	Dimensiones de la calidad de vida.	<p><b>Técnicas:</b></p> <p>Cuestionario auto-aplicado.</p> <p><b>Instrumento:</b></p> <p>Escala FUMAT</p>
Determinar el grado de relación que existe entre los niveles de resiliencia		Correlación	<p><b>Técnica:</b></p> <p>Correlación lineal de</p>

Objetivos Específicos	Definición conceptual / Variables	Definición operacional indicadores	Técnicas/ Instrumentos
y las dimensiones de la calidad de vida, en el adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar.			Pearson <b>Instrumentos:</b> Escala de Resiliencia SV-RES y Escala FUMAT

## Capítulo III

### 3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

#### 3.01 Características del lugar y de la muestra

##### Características del lugar

La colonia La Verbena se encuentra ubicada en la parte central de la ciudad capital de Guatemala, la mayoría de las familias que residen en el lugar son personas que provienen del interior del país, de diferentes departamentos, aunque puede verse que su mayoría proviene de la parte occidental del país. La comunidad de La Verbena la podemos describir de la siguiente forma, en primer lugar, está dividida en 14 sectores, entre ellos podemos mencionar: Casco urbano o sector central; Joya I; que se divide en dos asentamientos que son; 22 de diciembre, 24 de diciembre y en las Rancherías 1, 2 y 3; Joya II, con anexo llamado La Isla; Joya III; Joya IV; Joya V. Se divide en tres asentamientos que son: Tierra prometida, de León Carpio y Las Tortuguitas.

En los diferentes sectores de la comunidad de La Verbena la gran mayoría de casas son de construcción de block, ladrillo y unas pocas de lámina y madera, a pesar de que en algunos sectores presentaban lugares de alto riesgo para vivir se observó que pasaban por alto estos factores.

Las calles del sector que está con mayor pavimento es la recta de la entrada del arco hasta el cementerio. Gran parte de calles son de adoquín, y algunas pavimentadas, predominan los sectores por cuchilla, y en algunos otros, en especial los sectores de las joyas existen graderíos de concreto. Por lo general las calles no se ven limpias. En los sectores de las Joyas son callejones en donde es imposible el paso de vehículos.

Los desagües domiciliarios son predominantes en La Verbena; a su vez encontramos la existencia de drenajes para aguas pluviales, sin embargo; en las Joyas desembocan en un río de aguas negras el cual se formó gracias a la acumulación de varias desembocaduras de las colonias aledañas y no evidencian drenajes para aguas pluviales. Por ser una comunidad

de alto riesgo, la municipalidad realizó en la orilla de los barrancos unos muros de contención para evitar deslaves en épocas de lluvia.

### Características de la muestra

**Tabla 1**

*Caracterización de la población*

<b>Caracterización de la población</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	4	(23.5)
Mujer	13	(76.5)
Total	17	(100.0)
<b>Edad</b>		
64	1	(5.9)
65	3	(17.6)
67	1	(5.9)
68	3	(17.6)
70	2	(11.8)
75	2	(11.8)
78	2	(11.8)
79	1	(5.9)
81	1	(5.9)
86	1	(5.9)
Total	17	(100.0)
<b>Estado civil</b>		
Soltera(o)	1	(5.9)
Casada(o)	6	(35.3)
Viuda(o)	8	(47.1)
Unión	2	(11.8)
Total	17	(100.0)
<b>Grado académico</b>		
Primaria	10	(58.8)
Secundaria	3	(17.6)
N/R	4	(23.5)
Total	17	(100.0)
<b>¿Tiene Hijos?</b>		
Si	13	(76.5)
No	4	(23.5)

Total	17	(100.0)
¿Tiene Nietos?		
Si	13	(76.5)
No	4	(23.5)
Total	17	(100.0)
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?		
Si	4	(23.5)
No	13	(76.5)
Total	17	(100.0)

La muestra de personas quedó conformada por 17 adultos mayores de ambos sexos (4 hombres y 13 mujeres) víctimas de violencia intrafamiliar pertenecientes a la parroquia medalla milagrosa, colonia la verbena, zona 07 durante el año 2018. Con edades comprendidas entre los 64 y los 86 años. El estado civil de los participantes refiere que viudas o viudos son quienes tienen el mayor porcentaje (47.1) seguido de quienes se encuentran casados (35.3). Prácticamente más de la mitad de los participantes tenía escolaridad primaria (completa o incompleta) (58.8) seguido de las personas que no han estado dentro de un programa escolar (23.5). Es de notar que quienes tienen hijos (76.59) y nietos (23.5) son datos vinculantes. En cuanto a la Satisfacción Económica se les realizó la pregunta (subjetiva) de que, si consideraban que tenían los medios para subsistir y satisfacer sus necesidades, obteniendo que la mayoría (76.5) contestó negativamente, por lo que podría inferirse que en general la muestra está conformada por adultos mayores en un estrato socioeconómico bajo/medio. Se consideró importante señalarlo, ya que la calidad de vida suele estar influenciada por la capacidad adquisitiva a nivel financiero. Estas características de la población se resumen en la Tabla 1.

### **3.02 Presentación e interpretación de resultados**

#### **✓ Resiliencia**

La información recogida por la medición realizada con la aplicación de la escala SV-RES, será presentada esquemáticamente, organizando la información en respuesta a los objetivos específicos propuesto al inicio de la investigación. El estudio de la validez del

instrumento arrojó un  $r= 0.76$  y una confiabilidad, medida a través del alfa de Cronbach de 0.96; garantizando de esta manera su validez y confiabilidad en futuras aplicaciones.

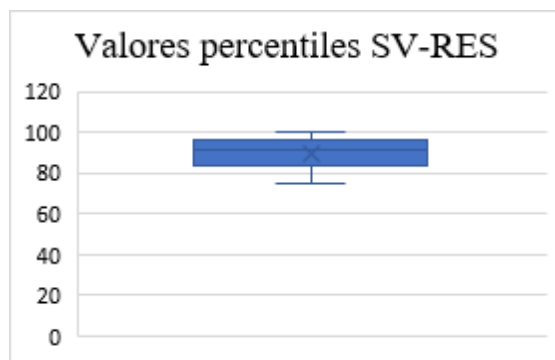
En relación con los resultados para la escala general, el puntaje bruto total obtuvo una media de 275 puntos, con un puntaje promedio mínimo de 283 puntos y uno máximo de 300, tal como lo representa la tabla 2. Además, el alfa de Cronbach .933 y al aplicar la prueba de normalidad de datos Shapiro-Wilk nos da .042, llegando a la conclusión de que los datos de la prueba no son normales.

**Tabla 2**

*Punteos de la escala de resiliencia*

<b>Medida</b>	<b>Estadístico</b>
Media	275
Mediana	283
Moda	300
Desv. Desviación	24
Mínimo	224
Máximo	300
Alfa de Cronbach	.933
Sig (Shapiro-Wilk)	.042

El puntaje total bruto de la escala SV-RES es transformado a valor percentil, de acuerdo con el baremo entregado para ello por sus autores. Dichos valores percentiles se muestran en la gráfica 1, la cual, por medio de una representación gráfica de caja, indica el valor menor de 0%, el valor mayor de 88.2% y la media de 11.8%.



Gráfica 1

Los puntajes percentiles se interpretan de acuerdo con los siguientes rangos: Puntaje percentil de 0–25 es bajo; puntaje percentil de 26–74 es promedio; y puntaje percentil de 75–99 alto. La tabla 3, nos indica la manera en que la muestra se organiza para la escala SV-RES, de acuerdo con la interpretación del puntaje percentil, señalando que dos personas de la muestra presentan comportamiento resiliente promedio, ninguna persona presentan comportamiento resiliente bajo, y quince de ellas alto.

**Tabla 3**

*Niveles de resiliencia*

<b>Niveles de resiliencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Promedio	2	11.8
Alta	15	88.2
Total	17	100

Con estos datos podemos ver primer objetivo específico de la investigación el cual responde al análisis de la resiliencia y sus niveles en adultos mayores, para ello se utilizaron estadísticos descriptivos y distribución de frecuencia. A partir del análisis y resultados obtenidos de los niveles de resiliencia que engloban los autores Saavedra & Villalta (2008) en su Escala SV-RES y haciendo referencia a los modelos explicativos de resiliencia mencionados anteriormente se observa que los adultos mayores de la muestra, en su mayoría, son aptos para dar una: 1) Respuesta resiliente ante las adversidades que conllevan la etapa de vida que están viviendo, los resultados denotan que son capaces de resolver la mayoría de los conflictos que se les presenten debido a que su 2) Visión del problema toma en cuenta la situación desde un punto de vista abordable y accesible generando la resolución de conflictos haciendo uso de su creatividad y pragmatismo encaminado hacia el logro de sus metas y objetivos, esto mismo da pie a la tercer categoría del modelo de Saavedra (2003), 3) Visión de uno mismo, lo cual se puede ver de una manera positiva en las puntuaciones de los factores como la Identidad, en todo este proceso el adolescente llega a conocerse a sí mismo, llegando finalmente a ser autónomo. La resiliencia en los adolescentes y jóvenes tiene que ver con el fortalecimiento de la autonomía y su aplicación, es decir, con la capacidad para gestionar sus propios proyectos de modo responsable y diligente (Grotberg, 2006; Saavedra & Villalta, 2008).

Los factores como Vínculos, Redes y Modelos son parte de niveles altos de resiliencia, esto confirma la idea de Boris Cyrulnik (1999) que habla acerca de que no se puede ser resiliente uno sólo, pues la resiliencia se construye en interacción con el entorno y con el medio social, al sobreponerse a la adversidad positivamente. Siendo el medio social, la familia, sus padres, la escuela y la comunidad los factores más importantes para determinar la resiliencia, y dando lugar al cumplimiento de la cuarta categoría en el modelo explicativo de Saavedra 4) Condiciones de Base.

Los factores puntuados en niveles promedio y alto, actúan como factores protectores, lo que confirma un estudio realizado por Villalobos (2011) donde según la autora los adolescentes que confían en su capacidad de actuar, se sienten apoyados por personas significativas, buscan ayudar a los demás pero guiando su conducta por ellos mismos y buscan estrategias alternativas para solucionar sus problemas, tienden a tener mayores afectos positivos y una percepción más optimista de la vida, lo que les permite superar con éxito las situaciones adversas que se le presenten.

Por otro lado, al diferenciar por sexo, se obtienen puntuaciones dentro del rango señalado para la población, de manera tal que los hombres tienen el 23.5%, mientras las mujeres se sitúan con el 76.5%. Se estableció que no existen diferencias estadísticamente significativas. Varios estudios han encontrado que los hombres sean el sexo más resistente en la edad avanzada, mientras que al menos un estudio, las mujeres pueden ser más resistentes. Por ejemplo, algunas mujeres experimentaron acontecimientos adversos en la vida temprana (alcoholismo parental, muerte de padres, pobreza o educación limitada), pero estos dificultosos principios han sido acompañados por experiencias posteriores de ventaja (movilidad ocupacional o lazos cercanos a un cónyuge). Otras mujeres experimentaron mayor adversidad en sus vidas adultas (desempleo, madres solteras, alcoholismo del cónyuge, responsabilidades de cuidador), pero tales desafíos se compensaron por buenos recursos de atrevimiento (habilidades de alto nivel en la escuela, ingresos y educación parentales adecuados).

**Tabla 4***Sexo \* Niveles de resiliencia*

Sexo	Niveles de resiliencia	
	Promedio	Alta
Hombre	-	4 (23.5)
Mujer	2 (11.8)	11 (64.7)
Total	2 (11.8)	15 (88.2)

✓ *Calidad de vida*

La calidad de vida de las personas asistentes al centro de día mediante una encuesta estandarizada llamada “Escala FUMAT”, la cual fue auto administrada por los mismos encuestados. La Escala FUMAT obtuvo un  $\alpha=.954$

En relación con los resultados para la escala general, el puntaje bruto total obtuvo una media de 125 puntos, con un puntaje promedio mínimo de 106 puntos y uno máximo de 158, tal como lo representa la tabla 4. Además, el alfa de Cronbach .864 y al aplicar la prueba de normalidad de datos Shapiro-Wilk nos da .010, llegando a la conclusión de que los datos de la prueba no son normales.

**Tabla 5***Punteos de la escala de calidad de vida*

Medida	Estadístico
Media	275
Mediana	125
Moda	106
Desv. Desviación	24
Mínimo	106
Máximo	158
Alfa de Cronbach	.864
Sig (Shapiro-Wilk)	.010

De manera grupal, sumando las puntuaciones que los sujetos han obtenido en cada área conseguimos la siguiente tabla:

**Tabla 6***Dimensiones de calidad de vida*

<b>Dimensión</b>	<b>Media</b>	<b>Estándar</b>
Bienestar emocional	25	11
Relaciones interpersonales	20	11
Bienestar material	20	5
Desarrollo personal	24	11
Bienestar físico	14	7
Autodeterminación	23	12
Total	125	57

Como se observa en la tabla los resultados que arrojaron después de la aplicación de la prueba FUMAT a la población de adultos mayores llegan a un índice de calidad de vida de 82 y a un percentil de 11 comparando con la tabla de resultados y ubicando en el lugar correspondiente no llega a la media, luego ubicando los valores de cada dimensión aplicada en la prueba se puede observar que hay cuatro dimensiones sobresalientes la más alta que es la dimensión de autodeterminación.

Primero el bienestar emocional se evidenció que la puntuación es de 11. Esto se debe a que algunos adultos mayores se encuentran tristes, insatisfechos con su vida, dicen sentirse inútiles, muestran sentimientos de incapacidad e inseguridad por el hecho de tener una edad avanzada piensan que ya no son útiles para la sociedad, en esta dimensión se valoró indicadores como satisfacción con su vida, auto concepto y ausencia de estrés.

El envejecimiento hace que el ser humano obtenga un papel secundario ante las exigencias de la vida en sociedad, ocupando roles pasivos que disminuyen sus oportunidades de participación y relación. La marginación, el aislamiento y la soledad son observados con frecuencia en estos grupos atareos, lo que se traduce en un bajo nivel de bienestar físico emocional.

Para las relaciones interpersonales se obtuvo una puntuación de 11, dentro de esta dimensión se valoró la relación de los adultos mayores con sus compañeros que en algunos de los casos suelen tener buenas relaciones, las relaciones con los cuidadores que son

buenas no tienen problema con ellos ya que se dan cuenta que les brindan apoyo, además en esta dimensión se valoró si el adulto mayor se siente querido por las demás personas, la respuesta de la mayoría era que sí pero un grupo bastante significativo manifestó que no, que ni sus familiares lo querían por qué van a quererlo personas ajenas.

Las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental en el desarrollo integral del adulto mayor. A través de ellas, el individuo obtiene importantes refuerzos sociales del entorno más inmediato que favorecen su adaptación al mismo, en contrapartida, la carencia de estas habilidades puede provocar rechazo, aislamiento y, en definitiva, limitar la calidad de vida.

Para el bienestar material la puntuación es de 5 simplemente porque los adultos mayores no reciben un salario mensual, en algunos de los casos los familiares les apoyan y en otros son abandonados no reciben sustento alguno.

Las personas mayores se les considera personas improductivas, no comprometidas con el desarrollo de la sociedad, desprovistas de roles y funciones con lo cual se les produce un aislamiento progresivo; sin darnos a la tarea de conocerlos y percatarnos que aún pueden y tienen conocimientos, habilidades y destrezas que logran ser utilizadas para la vida.

El desarrollo personal incluye cosas básicas o cotidianas como resolver problemas, manifestar y comprender información, flexibilidad mental, la toma de su medicación que por lo general siempre requieren apoyo de los cuidadores para realizar dichas actividades es decir tienen un grado de dependencia en esta dimensión con un puntaje de 11.

La personalidad es definida como el resultado de las experiencias de socialización y de los roles sociales que ha asumido cada persona a lo largo de su ciclo vital. Por lo tanto, se va formando según las vivencias que tiene cada uno a lo largo de su existencia y del modo en que las afronta, las interpreta y les atribuye significado.

El bienestar físico es otra dimensión tomada en cuenta en el test de FUMAT en esta dimensión se mide si el adulto mayor tiene problemas para la movilidad, continencia,

dificultades de la visión que le impidan realizar sus actividades; se podría decir que como están en una edad avanzada la mayoría de los adultos mayores tiene dificultad para la deambulaci3n, al igual que problemas en su visi3n ya que todos sus sentidos se encuentran deteriorados por el paso de los a1os, por lo que requieren un constante apoyo de los cuidadores para sobrellevar a diario sus actividades ya que en algunos casos su estado de salud no les permite realizar actividades de la vida diaria. En esta dimensi3n se obtuvo una puntuaci3n de 7.

La autodeterminaci3n que al igual que todas las otras dimensiones no llega ni a la media establecida de la calidad de vida con una puntuaci3n de 12, ya que algunos adultos mayores no poseen una autonomi3a propia en la mayori3a de los casos ya que otras personas organizan su vida y deciden lo que debe realizar en su tiempo libre es decir 3l no toma sus propias decisiones.

✓ ***Relaci3n entre resiliencia y calidad de vida***

A trav3s de la prueba Shapiro Wilks (tabla 2 y 5) se estableci3 que los datos de las pruebas de resiliencia y calidad de vida no son normales. La caracteri3stica de estos resultados es la limitaci3n y el hecho de que los resultados de este estudio no pueden ser generalizados al resto de la poblaci3n debido a que se torna imposible poder determinar con precisi3n el grado de error est3ndar. Esto quiere decir que las conclusiones de esta investigaci3n no podr3n extrapolarse al resto de adultos mayores de Guatemala, sino que tendr3 validez de estudio piloto o sondeo con conclusiones que se aplican espec3ficamente en el grupo de la muestra.

El tercer objetivo espec3fico es evaluar si existe una relaci3n entre los puntajes de resiliencia y las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Para averiguarlo se utiliz3 la prueba estadística Coeficiente de correlaci3n de Spearman, considerando una significaci3n  $p < 0,05$ .

**Tabla 07***Correlación entre nivel de resiliencia y dimensiones de la calidad de vida.*

Variable	Niveles de resiliencia	Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Bienestar material	Desarrollo personal	Bienestar físico	Autodeterminación
Niveles de resiliencia	1.000	0.337	0.416	0.300	-0.114	-0.169	0.206
Bienestar emocional	0.337	1.000	.794**	.633**	.646**	0.362	0.396
Relaciones interpersonales	0.416	.794**	1.000	.747**	0.302	0.214	0.274
Bienestar material	0.300	.633**	.747**	1.000	0.280	0.039	.488*
Desarrollo personal	-0.114	.646**	0.302	0.280	1.000	.641**	.656**
Bienestar físico	-0.169	0.362	0.214	0.039	.641**	1.000	0.125
Autodeterminación	0.206	0.396	0.274	.488*	.656**	0.125	1.000

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

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Sig. (bilateral) .385

La Tabla 07 muestra los coeficientes de correlación  $r$  de Spearman con sus respectivas significaciones entre los puntajes de resiliencia y cada una de las dimensiones de la calidad de vida siendo estos: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico y autodeterminación.

Como puede observarse, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las variables, debido a que los resultados en la significancia fue  $p > 0,05$  independientemente de los valores de Correlación de Spearman. Esto hace inferir que se debe confirmar la hipótesis alterna, ya que existe una correlación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en algunas de sus dimensiones. Aunque estas no sean correlaciones positivas altas, bienestar emocional (0.337), relaciones interpersonales (0.416) y bienestar material (0.300) tienen una correlación positiva baja. Por lo que podría decirse, que son dimensiones de la calidad de vida que podrían llegar a tener una débil vinculación con la resiliencia.

Pudo constatar, en efecto, que no se encuentra una correlación entre los puntajes de la resiliencia y cada una de las dimensiones de la calidad de vida en los adultos mayores que participaron de la investigación, por lo que no se puede inferir una vinculación entre ambas variables.

Estos resultados no concuerdan por lo encontrado en la investigación de Varas y Saavedra (2011), en el que pudieron encontrar una vinculación entre la resiliencia y la calidad de vida, alcanzando una correlación positiva considerable entre ambas variables. Por otro lado, estos resultados sí podrían estar respaldados por lo que encontraron Bowling e Iliffe (2011), ya que, en su estudio longitudinal, no se halló que la resiliencia (junto a otros recursos psicológicos) pudiese influenciar directamente a la calidad de vida, aunque sí logra favorecer la longevidad y la salud.

### **3.03. Análisis general**

Se debe de reconocer que las personas de edad adulta no todo ha sido fácil donde todo va bien y se logra eludir la adversidad, más bien sobre el compromiso exitoso a pesar de las dificultades, acontecimientos y experiencias de vida. El adulto mayor, en particular, está lleno de desafíos, que incluyen eventos agudos de salud, eventos de pérdida (jubilación, viudez), estrés crónico (cuidados) y transiciones requeridas (reubicación). Como tal, esta época de la vida es particularmente valiosa para entender cómo el desafío se supera con éxito.

El envejecimiento aporta mayores desafíos de salud, para la mayoría de las personas, pero muchos son capaces de mantener altos niveles de bienestar psicológico a pesar de tales cambios.

En comparación con los crecientes desafíos de salud del envejecimiento, la organización comunitaria en la vida posterior constituye una transición discreta. Para la mayoría de los adultos mayores, se trata de un movimiento religioso, asistencia a grupos de apoyo o una comunidad de jubilación. Hacer nuevas relaciones sociales a cualquier edad es estresante, pero en la edad adulta, también puede señalar una pérdida de independencia y, por lo tanto, ser un movimiento que no es consecuente y puede incluso ser resistido. El surgimiento de nuevas estrategias psicológicas es relevante, como la capacidad de tener un autoconcepto flexible, lo que permite superar áreas bajas en donde se pasa periodos de estrés, mientras que también elevan los dominios de vida en los que uno está haciendo bien ( Ryff, 1989).

Por lo tanto, los adultos mayores se caracterizan en términos de los desafíos específicos que enfrentan, así como los recursos que tienen para gestionarlos. Estos dos factores se combinan para ofrecer una visión de la resiliencia en esta edad, una consideración importante dado que los niveles de resiliencia pueden ser la clave para el mejoramiento de la salud (Verbrugge y Jette, 1994); aquellos con mayor capacidad de recuperación mejoran más rápido frente a la adversidad.

Esto muestra que, aunque se sufra un evento estresante es poco probable para la mayoría de las personas (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins & Netuveli, 2009), de edad avanzada la no existencia de resiliencia. La sugerencia de la Psicología del Desarrollo de que la dignidad de las personas mayores está en riesgo debido a la diferencia drástica entre los recursos disponibles para ellos y el declive biológico (Baltes y Smith, 2003), se contrarrestan con evidencia de que la calidad de vida, una actitud positiva y las competencias relacionadas con la edad. Es por ello por lo que la resiliencia puede ser incluso mayor en la edad avanzada que en otras edades (Staudinger y Fleeson, 1996), tal vez porque la experiencia de vida juega un papel importante en los resultados resilientes.

Al conceptualizar la resiliencia en el contexto del adulto mayor, hemos resaltado la importancia del contexto de desarrollo y sociohistórico que rodea la adversidad, la disponibilidad de recursos y la movilización y la adaptación positiva. La evaluación subjetiva de estos elementos es clave, pero quizás la diferencia más importante en la forma en que la resiliencia opera para la población estudiada en comparación con otras es la cantidad de tiempo que la persona mayor tiene que acumular experiencia y la exposición recurrente a un evento estresante como la violencia.

Por consiguiente, el proceso de resiliencia moviliza los factores internos y externos existentes para reducir los efectos negativos de los factores estresantes y lograr niveles altos de esta, ya sea para mantenimiento o mejora. En el proceso de desarrollo, estos elementos se actualizan constantemente a través de la internalización consciente o inconsciente de las experiencias y, por lo tanto, cambian con el tiempo (Luthar et al., 2000). Incluso con los adultos mayores, los resultados positivos, como el afrontamiento exitoso se basan en la

visión del mundo para convertirse en esperanza (Nakashima y Canda, 2005). A través de su naturaleza interactiva, estos elementos también se alimentan entre sí. Dondequiera que las competencias puedan conferir ventaja, contribuyen a una experiencia de envejecimiento más feliz y más resiliente.

En otros términos, los adultos mayores han tenido más tiempo y oportunidad de estar expuestos al estrés y desarrollar recursos para lidiar con ellas. Alguien ahora de 80 años está experimentando condiciones únicas relacionadas con la edad y efectos de cohorte, así como lidiar con los estereotipos sociales del envejecimiento. Se han producido nacionales significativos que no serán parte de las experiencias generacionales actuales. Sin embargo, el trauma sobreviviente puede tener beneficios además de la pérdida; por ejemplo, aumentando la confianza en la capacidad de afrontamiento de uno.

De acuerdo con el argumento de que la adaptación a situaciones de alto estrés refleja más la resiliencia, con el aumento de la edad y la fragilidad, la gestión de tareas diarias comunes representa un desafío continuo que puede interpretarse como una situación de alto estrés (Guilley et al., 2008). Sin embargo, y lo que es más importante, la realidad de los cambios normales de la vida del adulto mayor puede ser aceptada a la luz de las experiencias pasadas, ya que incluso personas con una resiliencia aparentemente baja expresan orgullo por haber sido una vez fuertes y activos.

Su comparación con otros que piensan que están peor puede ser un efecto "normalizador" del envejecimiento (Aléx & Lundman, 2011). Por lo tanto, el significado subjetivo atribuido a una experiencia también influye en su impacto. Además, lo que es adverso en una situación puede ser protector en otra para la misma persona y puede variar a lo largo de la vida (Elder y Clipp, 1989).

Además de la ventaja de la experiencia y la percepción del desafío se ve afectada por el estado de salud actual, la autoeficacia y otros comportamientos adaptativos. Es decir, aquellos que están más comprometidos físicamente o de otro modo, pueden subestimar la adversidad porque no pueden permitirse un compromiso adicional; el conocimiento de que

uno tiene recursos efectivos y que los resultados positivos son posibles (autoeficacia) puede mitigar la fuerza de un factor estresante y aumento de la calidad de vida; o, debido a que los adultos mayores ya administran creativamente las actividades de rutina, cuando enfrentan los mismos factores estresantes que las personas más jóvenes, es probable que la percepción de las dificultades sea menor.

Incluso hacia el final de la vida, las respuestas resilientes a la adversidad pueden verse realizadas por una historia de experiencias positivas de aprendizaje, fortalezas personales multifacéticas y la capacidad de recurrir a los sistemas de apoyo acumulados y nuevos. Vivir a una edad mayor crea un conjunto de activos. Sin embargo, debido a que la adversidad percibida y las oportunidades para adquirir recursos son diferentes en la edad avanzada, se requieren diferentes recursos de protección. La influencia de los factores situacionales y sociales sobre la resiliencia es probablemente mayor en la edad avanzada, lo que sugiere la necesidad de una ponderación adecuada de factores como el historial de vida y el apoyo externo de otras personas. Se ha identificado que tales factores confieren capacidad de recuperación en los estudios longitudinales del envejecimiento, que también se centran en las adversidades relacionadas con la edad, como las discapacidades físicas y el duelo (Nygren, 1996).

A pesar de que son posibles varios resultados para enfrentar cualquier situación adversa, el mantenimiento de la competencia y la independencia pueden ser los resultados más sobresalientes para el adulto mayor, cuyos objetivos tienden a centrarse en las necesidades inmediatas. La vida independiente es un objetivo para muchos, pero la forma en que se logra se basa en los valores de un individuo y lo que tiene sentido para ellos. Es decir, aunque las mejoras físicas, como el cambio de un estilo de vida sedentario a uno más activo, pueden mostrar un crecimiento próspero o resiliente (Richardson, 2002).

Otros autores han descubierto que, en edades avanzadas, la capacidad de retener actividades que son cómodas y tienen importancia en la vida cotidiana puede ofrecer una sensación de seguridad a la persona mayor (Wright St-Clair et al., 2011). De hecho, el

"envejecimiento resiliente", con un enfoque en objetivos subjetivamente alcanzables, parece más realista para las personas de edad avanzada (Harris, 2006).

El hecho de que los individuos estén más preocupados acerca de cómo funcionan de lo que son capaces de lograr; refleja el concepto de que las acciones se traducen fácilmente en realidad funcional para las personas en edad avanzada. En este sentido, la función se define ampliamente como competencia física y emocional para lograr resultados resilientes subjetivamente importantes. Los resultados resilientes dependen de la propia experiencia de los desafíos ambientales y las decisiones se toman dentro de ese espacio que utilizan los recursos disponibles para mejorar la congruencia entre la persona y su entorno (Golant, 2015).

Los adultos mayores que son conscientes de sus cambios y necesidades de salud pueden influir activamente en sus propios resultados de salud. La investigación es consistente con la noción de que la edad avanzada no es una barrera para una inversión personal en salud (Hall, Chipperfield, Heckhausen, y Perry, 2010). La consideración de los puntos de vista y las motivaciones específicas de las personas que se acercan a la vejez, entonces, es esencial para una conceptualización adecuada de la resiliencia.

En un estudio realizado por Samano et al. (2004), se mostró que la oración y la creencia en una deidad se correlacionaban significativamente con una mejor calidad de vida en escalas funcionales y de síntomas. Estos resultados se corroboran con este estudio porque los miembros del grupo activo fueron participantes activos de la parroquia.

Los adecuados niveles de fiabilidad en la prueba Fumat de Calidad de Vida utilizada avalan la fiabilidad para el contexto guatemalteco. Este aspecto reviste importancia tanto para la realización de futuros estudios transculturales como para su aplicación en programas que se planteen mejorar la calidad de vida del adulto mayor. En la institución religiosa donde ha sido aplicada, ha significado dejar capacidad instalada entre los encargados que cuentan con una nueva herramienta para evaluar sus prácticas y mejorar sus intervenciones.

Para mejorar la comprensión de los factores de la calidad de vida y cómo son percibidos por el adulto mayor y la importancia para la calidad de vida, durante y después de sufrir violencia. Tres dimensiones surgieron como importantes para la calidad de vida siendo la autodeterminación, desarrollo personal y bienestar emocional. La autodeterminación y el bienestar emocional se consideraron significativamente mejores para la calidad de vida en el grupo activo. Estos hallazgos refuerzan los resultados de otros estudios que muestran que los adultos mayores activos tenían mayor movilidad e independencia (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly, & Lithell, 2005).

Dentro de la autodeterminación la red comunitaria ha sido importante para permitir que las personas con problemas de identificación y salud mental puedan elegir tanto como sea posible. Ofreciendo un número limitado de opciones parece ser la mejor opción a este respecto. Dar demasiadas opciones suele ser confuso y demasiado abstracto, lo que puede provocar estrés y ansiedad. En cuanto la libertad de los adultos mayores no se ve altamente afectada por las medidas de libertad restringida. Especialmente en la transición a la edad adulta, las personas repentinamente reciben más libertad, lo que puede causar problemas. Se necesita apoyo y orientación suficientes para ayudar a las personas a sobrellevar esta libertad "recién ganada".

Las personas con problemas de relacionarse parecen tener dificultades para imponerse límites. La nutrición, por ejemplo, a veces parece difícil de controlar. Esto puede ser causado por el estrés y la inquietud a nivel emocional. El refugio en el dejar ingerir alimentos podría verse como un comportamiento compensatorio de un desequilibrio emocional. Las personas con problemas de identificación piden directa e indirectamente la aplicación de límites externos, que brindan seguridad y estructura. La falta de información sobre las consecuencias de sus acciones puede explicar esta necesidad de control externo.

La proximidad de los miembros del grupo y los miembros de la familia es importante para el bienestar emocional del adulto mayor. Esta necesidad podría atribuirse a la inquietud emocional que las personas con identificación a menudo experimentan. Estar rodeado de personas a las que recurrir parece ofrecer la seguridad necesaria.

Para dominio de las relaciones interpersonales el contacto Social, Red Social de las personas con problemas de identificación y salud mental parecen tener una gran necesidad de interacción social, al igual que las personas sin identificación. En la práctica, sin embargo, no es obvio construir y mantener relaciones. La red social de estas personas se limita principalmente a familiares, miembros del personal profesional y otros clientes cuando residen en servicios de apoyo o atención. Los miembros de la red indicaron que percibían que sus hijos o hijas estaban más satisfechos con las relaciones que tienen con personas de su mismo nivel intelectual.

Gracias a los resultados, futuras investigaciones pueden centrarse en la importancia de medir la calidad de vida vinculada a la inclusión laboral y que los adultos mayores pueden presentar diferentes niveles de calidad de vida dependiendo de sus condiciones laborales (salarios, beneficios) independientemente de la modalidad de empleo (Verdugo y cols. 2006).

Para la población evaluada la preocupación por la salud física no es el componente más destacable de la investigación sobre calidad de vida. Sin la prioridad habitual en los programas y servicios de atención a esa población. El estado de salud alcanza tal importancia en este colectivo que determina muchos otros componentes posibles de la calidad de vida.

Ello es debido al hecho de que la percepción del individuo se modifica radicalmente cuando existen problemas graves de salud, por lo que se hace imprescindible evaluar y planificar ayudas en este ámbito. Algunos de los sinónimos y palabras más relacionados con el indicador de salud han sido: enfermedad, estado físico, nivel de funcionamiento físico, independencia física, actividad, dolor y medicación.

Los resultados presentados aquí no difieren de los análisis de otras investigaciones, ya que, este estudio de la relación entre los niveles de resiliencia y las dimensiones de la calidad de vida apoya la literatura sobre la importancia de acumular recursos psicológicos para enfrentar los desafíos del envejecimiento.

La estrechez de un enfoque dicotómico por haber envejecido con éxito o no, fue también representado por las de personas que tenían todas las puntuaciones buenas dentro de cada variable. Aun así, este enfoque limitado puede estigmatizar y marginar al adulto mayor si no se interpreta adecuadamente. Es por ello por lo que un enfoque continuo en el contexto guatemalteco para la conceptualización y la medición se debe desarrollar y así crear pruebas apropiadas para la situación del país.

Una razón para explicar estos hallazgos podría ser que los bajos ingresos de la mayoría de los participantes no cubren adecuadamente sus gastos de subsistencia y, por lo tanto, enfrentarían múltiples problemas que influyen en la calidad de su vida. Otra razón podría ser que varias personas mayores institucionalizadas que tenían una salud física obviamente deficiente se incluyeron y ciertamente informaron una dimensión deficiente en comparación con los otros (Deaton, 2008; Rockwood, 2004).

Estos resultados sugieren fuertemente que quienes intervienen en el proyecto deben anticipar mayores demandas de atención médica de su población. Para seguir comparando la calidad de vida y resiliencia entre el grupo. Del mismo modo la poca relación de calidad de vida y resiliencia puede explicarse por el bajo nivel de educación de la población y los bajos ingresos, que pueden forzarlos a trabajar arduamente en trabajos no adecuados para ellos con el fin de asegurar su sustento básico (Araya1, Lewis, Rojas, & Fritsch, 2004).

Al no poderse encontrar una correlación estadísticamente significativa entre las variables se concluye que se debe confirmar la hipótesis alterna, ya que existe una correlación positiva baja entre la resiliencia y la calidad de vida en algunas de sus dimensiones. Siendo estas: bienestar emocional (0.337), relaciones interpersonales (0.416) y bienestar material (0.300). Siendo estas dimensiones de la calidad de vida que podrían llegar a tener una débil vinculación de distribución creciente con la resiliencia.

Estos efectos son distantes a investigaciones donde se ha podido constatar a través de correlaciones positivas altas la relación entre ambas variables (Varas & Saavedra, 2011). Asimismo, existe una investigación longitudinal, donde se pueden sustentar los datos

obtenidos (Bowling & Iliffe, 2011) donde la resiliencia no afectaba directamente a la calidad de vida.

Hubo cierto sesgo de positividad en las calificaciones de calidad de vida y resiliencia. Esto no fue inesperado. La teoría de la regulación de la emoción de Lawton (2001) argumentó que las personas mayores son más propensas que las más jóvenes a regular el afecto y minimizar lo negativo, al tiempo que maximizan lo positivo. Existe cierta evidencia de apoyo para esta teoría, aunque los resultados son inconsistentes.

Había tres limitaciones principales de esta investigación. En primer lugar, nuestro estudio se implementó solo en un área y la muestra no fue aleatoria, lo que limitó la generalización de los resultados para toda Guatemala. En segundo lugar, sería ideal comparar los resultados de los estudios previos con población guatemalteca con estas pruebas; sin embargo, estos no están disponibles. En tercer lugar, los objetivos se limitaron a los resultados de las variables y no pudimos examinar factores ambientales y sociales que pueden contribuir a la relación baja de los constructos.

## Capítulo IV

### 4. Conclusiones y recomendaciones

#### 4.01 Conclusiones

El ser víctima de violencia intrafamiliar es un suceso vital relevante en la vida de muchos adultos mayores. En esta investigación hemos encontrado que, la resiliencia está relacionada en menor grado con las dimensiones de calidad de vida. Haciendo que estas variables en algunos casos no guardaran relación estadística significativa en esta población. Por tanto, nuestra hipótesis sólo se confirmó parcialmente

Los resultados que presenta la ESCALA SV-RES permiten orientar contenidos especiales de las líneas de intervención grupales. Para esta muestra, dichos contenidos debieran estar dirigidos principalmente a la reparación de las condiciones internas de las personas que constituyeron el grupo. Se debe agregar que las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de este grupo de personas son altas y estables de manera promedio, de tal manera que les han permitido sobreponerse a espacios inseguros y sentir que pueden salir adelante a pesar de las carencias y de los problemas que deban enfrentar, intentando proyectar con mediano éxito metas realistas a corto plazo. Esto hace que los resultados obtenidos, permiten evaluar los requerimientos individuales de los integrantes de esta muestra, pudiendo alimentar y orientar el trabajo psicoterapéutico individual, junto al material clínico aportado por cada usuario.

La escala Fumat permite una evaluación individualizada de la calidad de vida y sus dimensiones, obteniendo las áreas de intervención que requieren mayor refuerzo. Al comparar nuestros resultados, podemos concluir que la aplicación de actividades y el acompañamiento a los adultos mayores, ayuda a mejorar y a potencializar las capacidades que este grupo etario tiene, manifestando en el cambio de pensamientos frente a circunstancias adversas, cambios físicos y a la percepción futura

La relación entre resiliencia y calidad de vida resulta pertinente para la permanente actualización de las líneas de intervención grupal, y la orientación del trabajo psicoterapéutico individual, al representar la conducta y evaluación de las situaciones

estresantes y amenazadoras que enfrenta el grupo por una parte, y por otra los recursos resilientes y dimensiones de calidad de vida más altos que facilitan un desenvolvimiento exitoso al enfrentar conflictos, no sólo del grupo evaluado por esta medición, sino como diagnóstico grupal e individual permanente de la CT.

Es necesario sostener las fortalezas identificadas producto de la aplicación de la ESCALA SV-RES y la Escala FUMAT, para lo cual, es deseable incorporar contenidos de trabajo grupal orientados en un mismo nivel al desarrollo psicosocial y comunitario.

En cuanto a aspectos técnicos de la investigación, podríamos contemplar la opción de hacer el estudio en una muestra mayor, lo que permitiría la aplicación de otras pruebas de normalidad para poder analizar y valorar mejor los datos y su coherencia y, asimismo, extrapolarlos a otras situaciones similares que puedan surgir en esta población.

#### **4.02 Recomendaciones**

A la institución, fortalecer el área de Gerontología con ambientes físicos y amueblados para la realización de actividades lúdicas y ocupacionales que permita aprovechar y mejorar las habilidades cognitivas de que disponen los adultos mayores que asisten a esta institución. Además de la articulación de la participación de los grupos multidisciplinarios entre enfermera, médico, psicólogo y trabajador social, con la finalidad de manejar modelos de intervención integral, que ayuden a potenciar la calidad de vida y resiliencia de los adultos mayores.

Incorporar en la institución la atención especializada para personas adultas mayores, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado, con base en el envejecimiento activo, la participación familiar con pertinencia territorial, cultural y de género.

Mejorar los procesos de promoción y prevención mediante la colaboración de las autoridades locales de la colonia la verbena, mediante el impulso de programas dirigidos en forma integral a los adultos mayores y comunidad, para prevenir riesgos y complicaciones.

Desarrollar programas centralizados en la mejora de las dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores, los cuales prioricen el incremento de actividades y actitudes adaptadas a la realidad productiva de la población, generando auto satisfacción, realización personal y trazo de metas a mediano y largo plazo en cada individuo

#### **4.03. Referencias**

- Apratto, J. P. (23 de Diciembre de 2010). *The domestic violence against the elderly*. Obtenido de scielo.br: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a37v15n6.pdf>
- Barranco, C. (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 9(2), 133-145.
- Bartky, S. L. (1999). Unplanned obsolescence: some reflections on aging. En S. L. Bartky, & W. MU (Ed.), *Tiempo de la madre Mujer, envejecimiento y ética*. Oxford: Rowman y Littlefield Publishers, Inc.
- Dirección General de Obras Públicas. (1965). *Informe sobre la colonia La Verbena*. Guatemala: Estudios Geográficos, D. G.
- Evans, G., & Schamberg, M. (2009). Childhood poverty, chronic stress, and adult. *PNAS*, 106(16), 6545-6549.
- Florentino, M. (Septiembre de 2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.
- Gómez-Vela, M., & Sabeh, E. N. (2000). CALIDAD DE VIDA. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA. *INTEGRA*, 1.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270.
- Grotberg, E. (1955). *A Guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. Netherlands: The Hague, Bernard van Leer Foundation.
- Hardy, S., Concato, J., & Gill, T. M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *J Gen Intern Med*, 17, 841-847. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.20105
- Hertzog, C., Kramer, A., Wilson, R., & Lindenberger, U. (2008). Enrichment Effects on Adult Cognitive Development: Can the Functional Capacity of Older Adults Be Preserved and Enhanced? *Psychol Sci Public Interest*, 9(1), 1-65. doi:10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x
- Instituto Nacional de Estadística. (01 de 07 de 2011). *INE*. Recuperado el 01 de 07 de 2017, de INE: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/11/07/3RsJZoXthWSzS82JUse5C4J3nyCvSRur.pdf>

- Kotliarenco, M. A. (1999). algunas particularidades metodologicas en los estudios sobre resiliencia . *MAK consultores. Chile*.
- Krzemien, D. (2001). Sabiduría y envejecimiento una revisión conceptual y operacional del constructo sabiduría y su relacion con la edad. *Anales de psicologia* , 120 - 138.
- Lawford, J., & Eiser, C. (2001). Exploring links between the concepts of quality of life and resilience. *Pediatric Rehabilitation*, 4(4), 209-216. doi:10.1080/13638490210124024
- Malaguti, E., & Cyrulnik, B. (2005). *Construcción de la resiliencia. El éxito de la reorganización de la vida y la creación de conexiones significativas*. Roma, Italia: Edizioni Erickson.
- Mascarenhas, M., Andrade, S., Neves, A., Pedrosa, A., Silva, M., & Malta, D. (2012). Violence against the elderly: analysis of the reports. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2331-2341. Obtenido de scielo.
- Massam , B. H. (2002). Quality of life: public planning and private living. *Progress in Planning*, 58, 141.
- Masten, A., & Wright, M. (2010). Resiliencia a lo largo de la vida: perspectivas de desarrollo sobre resistencia, recuperación y transformación. *Handbook of adult resilience*, 213-237.
- Mitra, A. (2003). Painting the town green. The use of urban sustainability indicators in the United States of America .
- MORA, A. L. (2002). INVESTIGACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA. *El arte y la Ciencia del Cuidado*, 295-314.
- Moscovici, S. (2002). La teoría de las representaciones sociales. *Athenea Digital* , 07-09.
- Norris, F., STEVENS, S., Pfefferbaum, B., Wyche, K., & Pfefferbaum. (2008). Resiliencia de la comunidad como una metáfora, la teoría, un conjunto de capacidades, y la estrategia de preparación para. *American Journal of Psychology comunidad*, 41, 127-150.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. (2005). *Adulto Mayor y condiciones de Exclusión en Guatemala*. Guatemala: ODHAG.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (01 de 07 de 2017). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/>: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Abuso en la Edad Adulta. En O. M. Salud, *Informe Mundial sobre la violencia y la salud* (págs. 125-145). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S., & Remor, E. (Abril de 2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 27-47.

- Randel, J. e. (1999). Desarrollo y los derechos de las personas mayores. En M. Gorman, *El envejecimiento y el desarrollo informan: la pobreza, la independencia y las personas mayores del mundo*. (págs. 3-21). Londres: Earthscan Publications Ltd.
- Roebuck , J. (1979). ¿Cuándo comienza la vejez ? *Revista de Historia Social*, 12(3), 416-428.
- Saavedra , E., & Villalta , M. (2008). Medicion de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años.
- Saavedra, E. (2005). Resiliencia: la historia de Ana y Luis, *Rev. Liberabit. Revista de Psicología*, 10(11), 91-101.
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Medicion de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años.
- Schalock. (1996). Quality of life. Aplicacion to Persons with Disabilities. *Vogtle Facilitating Relationships of children with mental retardation in schools*, Vol. II pp. 43-61.
- Schalock, R. (1996). Quality of life. Aplicacion to Persons with Disabilities. *Vogtle Facilitating Relationships of children with mental retardation in schools*, Vol. II pp. 43-61.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual . *Hastings College, EEUU y Universidad de Salamanca (INICO)* , 12-14.
- Shalev, A., & Errera, Y. (2008). Resiliencia un valor predeterminado: Cómo no perderlo. *Cambridge University Press*, 149–172.
- Smith , A. E. (2000). Quality of life: a review. *Education and Ageing. Triangle Journals*, 15, 419-435.
- Suárez Ojeda, E. N. (2004). Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria. En E. H. Grotberg, M. Alchourrón de Paladini, A. Melillo, & E. N. Suárez Ojeda (Edits.), *Resiliencia : descubriendo las propias fortalezas* (págs. 67-82). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*.
- Verdugo Alonso, M. Á., Arias Martínez, B., Gómez Sánchez, L. E., & Schalock, R. L. (2009). Escala Gencat. *Manual de aplicacion de la Escala Gencat de Calidad de vida*, 18 - 17.
- Verdugo Alonzo, M. A., Gómez Sánchez , L. E., & Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores, Escala FUMAT*. Salamanca: INCO.
- Verdugo, M. A., Arias, B., & Gómez, L. E. (2006). Escala integral de medición subjetiva y objetiva de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. instrumentos y estrategias de evaluación*, 417 - 448.



## 14. Anexos

Guía de observación

**Autor: Manuel Muñoz**

Universidad San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

CIEPS

Unidad de Tesis

2017

### Guía de observación

Puntee rellenando el cuadro, de cero a cuatro la presencia de los siguientes factores que afectan la aplicación del cuestionario unificado. Donde cero es nunca, uno es rara vez, dos pocas ocasiones, tres es casi siempre y cuatro es siempre.

Definiciones de variable:

1. Cansancio:

Se mostro cansado(a) durante la prueba, es decir la prueba cansó al participante debido a lo extensa que es. 0= No lo muestra; 1= comienza a mostrar signos por ejemplo bostezos; 2= Comienza a parar de contestar y es evidente que no es para pensar en la respuesta; 3= Se nota que no desea continuar; 4= Se niega a continuar.

2. Resistencia:

Se resistió a responder el cuestionario durante la aplicación. Por ejemplo, pide que le den la respuesta correcta o insiste en no haber vivido una alguna de las situaciones mostradas. 0= No lo muestra; 1= A pesar de resistirse contesta sin afectar su velocidad; 2= La resistencia que muestra le hace ir más lento que los demás; 3= Asegura que muchas de las situaciones no las ha vivido; 4= Asegura que no comprende o que no le afecta de ninguna manera el vivir ciertas situaciones.

3. Ansiedad:

Se muestra ansioso(a), bromas durante la aplicación, comparte sus respuestas con otros, manifestación de malestar de manera corporal durante la prueba 0= sin signos. 1= "figeting" jugar con lapicero, juego, movimientos de piernas; 2= Estar pendiente de la hora, en vez contestar la prueba, observar a los demás; 3= Comenzar a distraer personas; 4= Bromea, llama la atención, interfiere que los demás contesten.

4. Estado de salud:

Muestra signos de un estado de salud deficiente y esto afecta la evaluación. Por ejemplo, gripe e infecciones. 0= No lo muestra; 1= Su estado de salud a pesar de desmejorado no afecta; 2= Su estado de salud presenta pequeñas dificultades; 3= Su estado representa una dificultad para responder; 4= Representa un grave problema para continuar por ejemplo sale de la prueba para luego continuar.

Sueño:

Distinto al cansancio durante la prueba, ya que la presencia de este puede ser anterior a la prueba debido a los turnos laborales o calidad de vida. 0= No presenta; 1= Bosteza en algunas ocasiones; 2= Bosteza y contesta lento; 3= Desea dormir, bosteza, responde lento; 4= Se queda dormido, cabecea, hay que despertarlo.

Sujeto 1					
Presencia	0	1	2	3	4
1 Cansancio					
2 Resistencia					
3 Ansiedad					
4 Estado de salud					
5 Sueño					
Codigo:					

Sujeto 2					
Presencia	0	1	2	3	4
1 Cansancio					
2 Resistencia					
3 Ansiedad					
4 Estado de salud					
5 Sueño					
Codigo:					

Describe los siguientes factores grupales observados	
Distractores:	
Actitud antes:	
Actitud durante:	
Actitud después de la prueba:	
Factores ambientales favorables:	
Factores ambientales desfavorables:	

Cuestionario unificado

**PARTE I**

Evalúe el grado en que estas afirmaciones lo(a) describen. Marque con una “X” en la hoja de repuestas su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

Responda con las siguientes opciones en la hoja de Respuestas

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni acuerdo Ni desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

No	YO SOY- YO ESTOY...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.	Una persona con esperanza.	⑤	④	③	②	①
2.	Una persona con buena autoestima.	⑤	④	③	②	①
3.	Optimista respecto al futuro.	⑤	④	③	②	①
4.	Seguro de mis creencias o principios.	⑤	④	③	②	①
5.	Creciendo como persona.	⑤	④	③	②	①
6.	Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles.	⑤	④	③	②	①
7.	En contacto con personas que me aprecian.	⑤	④	③	②	①
8.	Seguro de mí mismo.	⑤	④	③	②	①
9.	Seguro de mis proyectos y metas.	⑤	④	③	②	①
10.	Seguro en el ambiente en que vivo.	⑤	④	③	②	①
11.	Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida.	⑤	④	③	②	①
12.	Un modelo positivo para otras personas.	⑤	④	③	②	①
13.	Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio.	⑤	④	③	②	①
14.	Satisfecho con mis relaciones de amistad.	⑤	④	③	②	①
15.	Satisfecho con mis relaciones afectivas.	⑤	④	③	②	①
16.	Una persona práctica.	⑤	④	③	②	①
17.	Una persona con metas en la vida.	⑤	④	③	②	①
18.	Activo frente a mis problemas.	⑤	④	③	②	①
19.	Revisando constantemente el sentido de vida.	⑤	④	③	②	①
20.	Generando soluciones a mis problemas.	⑤	④	③	②	①
21.	Relaciones personales confiables.	⑤	④	③	②	①
22.	Una familia bien estructurada.	⑤	④	③	②	①

No	YO SOY- YO ESTOY...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en desacuerdo
23.	Relaciones afectivas sólidas.	⑤	④	③	②	①
24.	Fortaleza interior.	⑤	④	③	②	①
25.	Una vida con sentido.	⑤	④	③	②	①
26.	Acceso a servicios Sociales – Públicos	⑤	④	③	②	①
27.	Personas que me apoyan.	⑤	④	③	②	①
28.	A quién recurrir en caso de problemas.	⑤	④	③	②	①
29.	Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa.	⑤	④	③	②	①
30.	Satisfacción con lo que he logrado en la vida.	⑤	④	③	②	①
31.	Personas que me han orientado y aconsejado.	⑤	④	③	②	①
32.	Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas.	⑤	④	③	②	①
33.	Personas en las cuales puedo confiar.	⑤	④	③	②	①
34.	Personas que han confiado sus problemas en mí.	⑤	④	③	②	①
35.	Personas que han acompañado cuando he tenido problemas.	⑤	④	③	②	①
36.	Metas a corto plazo.	⑤	④	③	②	①
37.	Mis objetivos claros.	⑤	④	③	②	①
38.	Personas con quien enfrentar los problemas.	⑤	④	③	②	①
39.	Proyectos a futuro.	⑤	④	③	②	①
40.	Problemas que puedo solucionar.	⑤	④	③	②	①
41.	Hablar de mis emociones.	⑤	④	③	②	①
42.	Expresar afecto.	⑤	④	③	②	①
43.	Confiar en las personas.	⑤	④	③	②	①
44.	Superar las dificultades que se me presenten en la vida.	⑤	④	③	②	①
45.	Desarrollar vínculos afectivos.	⑤	④	③	②	①
46.	Resolver problemas de manera efectiva.	⑤	④	③	②	①
47.	Dar mi opinión.	⑤	④	③	②	①
48.	Buscar ayuda cuando la necesito.	⑤	④	③	②	①
49.	Apoyar a otros que tienen dificultades.	⑤	④	③	②	①
50.	Responsabilizarme por lo que hago.	⑤	④	③	②	①
51.	Ser creativo.	⑤	④	③	②	①
52.	Comunicarme adecuadamente.	⑤	④	③	②	①

No	YO SOY- YO ESTOY...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en desacuerdo
53.	Aprender de mis aciertos y errores.	⑤	④	③	②	①
54.	Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.	⑤	④	③	②	①
55.	Tomar decisiones.	⑤	④	③	②	①
56.	Generar estrategias para solucionar problemas.	⑤	④	③	②	①
57.	Fijarme metas realistas.	⑤	④	③	②	①
58.	Esforzarme por lograr mis objetivos.	⑤	④	③	②	①
59.	Asumir riesgos.	⑤	④	③	②	①
60.	Proyectarme al futuro.	⑤	④	③	②	①

## PARTE II

**INSTRUCCIONES:** A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco. Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

Responda con las siguientes opciones en la hoja de Respuestas

- Siempre o Casi siempre
- Frecuentemente
- Algunas veces
- Nunca o casi siempre

No	Pregunta	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
1.	En general, se muestra satisfecho con su vida presente.	④	③	②	①
2.	Manifiesta sentirse inútil.	④	③	②	①
3.	Se muestra intranquilo o nervioso.	④	③	②	①
4.	Se muestra satisfecho consigo mismo.	④	③	②	①
5.	Tiene problemas de comportamiento.	④	③	②	①
6.	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.	④	③	②	①
7.	Manifiesta sentirse triste o deprimido.	④	③	②	①
8.	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.	④	③	②	①
9.	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	④	③	②	①
10.	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.	④	③	②	①
11.	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.	④	③	②	①

No	Pregunta	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
12.	Carece de familiares cercanos.	④	③	②	①
13.	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	④	③	②	①
14.	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	④	③	②	①
15.	El lugar donde vive es confortable.	④	③	②	①
16.	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual).	④	③	②	①
17.	Se queja de su salario (o pensión).	④	③	②	①
18.	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.	④	③	②	①
19.	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.	④	③	②	①
20.	Dispone de las cosas materiales que necesita.	④	③	②	①
21.	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades.	④	③	②	①
22.	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	④	③	②	①
23.	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	④	③	②	①
24.	Tiene dificultades para expresar información	④	③	②	①
25.	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	④	③	②	①
26.	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	④	③	②	①
27.	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	④	③	②	①
28.	Es responsable de la toma de su medicación	④	③	②	①
29.	Muestra escasa flexibilidad mental	④	③	②	①
30.	Tiene problemas de movilidad	④	③	②	①
31.	Tiene problemas de continencia	④	③	②	①
32.	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	④	③	②	①
33.	Su estado de salud le permite salir a la calle	④	③	②	①

No	Pregunta	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
34.	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	④	③	②	①
35.	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	④	③	②	①
36.	Hace planes sobre su futuro	④	③	②	①
37.	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc)	④	③	②	①
38.	Otras personas organizan su vida	④	③	②	①
39.	Elige cómo pasar su tiempo libre	④	③	②	①
40.	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	④	③	②	①
41.	Su familia respeta sus decisiones	④	③	②	①
42.	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	④	③	②	①
43.	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	④	③	②	①

### PARTE III

INSTRUCCIONES: Conteste la siguiente información.

<b>Grado de Escolaridad:</b>		
<input type="radio"/> Primaria	<input type="radio"/> Posgrado	
<input type="radio"/> Secundaria	<input type="radio"/> N/R	
<input type="radio"/> Universidad		
<b>Sexo:</b>	<b>Estado civil:</b>	<b>¿Tiene hijos?</b>
<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Soltera/o	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Casada/o	
<b>Edad:</b>	<input type="radio"/> Viuda/o	<b>¿Cuántos?</b>
	<input type="radio"/> Unión	
<b>¿Tiene nietos?</b>	<b>¿Quién vive con usted?</b>	<b>¿Cuántos son?</b>
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	_____	
<b>¿Cuántos?</b>	<input type="radio"/> Nadie	<input type="radio"/> Nietos
	<input type="radio"/> Conjugue	<input type="radio"/> Otros familiares
	<input type="radio"/> Hijos	<input type="radio"/> Otros no familiares
<b>¿Cuántas personas lo visitan en su casa?</b>	<b>¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana?</b>	
<b>¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo?</b>		

1. Ninguna    2. Una vez al día    3. Una vez a la semana    4. 2-6 veces por semana
<b>¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar?</b> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<b>¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca?</b> 1. Frecuentemente    2. Algunas veces    3. Casi nunca
<b>¿Considera que usted (y su pareja/familia/personas con quienes vive) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del vivir diario?</b> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

### Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Donald Wylman González Aguilar y Alvaro Luis Rodolfo Carrera, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad San Carlos de Guatemala. La meta de este estudio es conocer si existe una relación entre la Resiliencia y la Calidad de Vida en Adultos Mayores que han sido víctimas de violencia familiar.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y un cuestionario. Esto tomará aproximadamente entre 60 y 70 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Al firmar el presente documento acepta participar voluntariamente en esta investigación, reconociendo que ha sido informado/a de que la meta de este estudio. Además, se le dará una copia de este consentimiento y que puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Firma  
Nombre del participante:

---

Firma  
Iniciales del evaluador:

## **AGRADECIMIENTOS**

### **POR ALVARO LUISRODOLFO CARRERA**

A Julio Carrera, gracias por siempre apoyarme en todos los sentidos con mis estudios y por mostrarme que en la vida siempre es importante estar activos sin dejar para mañana lo que se puede hacer hoy.

A la institución educativa Colegio Loyola, gracias por darme la oportunidad, los tiempos y espacios para continuar con mis estudios

A mis docentes, gracias a quienes dejaron su huella positiva o de aprendizaje en mi formación, configurando mi manera de ver con nuevos ojos la realidad y las necesidades sociales que existen

A mis amigos y amigas de camino, hermanos y hermanas que nunca perdieron la fe en mí y en el bien que la psicología puede hacer a diferentes niveles

A la Universidad San Carlos de Guatemala, gracias a esta casa de estudio por brindarme los conocimientos necesarios para emprender un camino que inicia hoy con el talante de aprender mucho más a partir de este día.

A mi asesora de tesis, Licenciada Nydia Dolores Medrano Ch. Por darnos su apoyo incondicional en nuestra formación profesional y humana. Demostrando que el amor por enseñar es mejor cuando se comparte.

A mi revisora de tesis, Licenciada Suhelen Patricia Jiménez, por su profesionalismo y empatía en este proceso de formación académica. Gracias por siempre darnos las palabras acertadas para mejorar nuestro trabajo de investigación.

A Miriam Gamboa, por su apoyo incondicional en todo momento, por su ejemplo de liderazgo y valentía con la finalidad de velar por su comunidad y por brindar su amistad como un tesoro en la vida.

A la comunidad la Verbena, zona 7. Gracias por siempre recibirme con los brazos abiertos y expresar con sencillez y cercanía el afecto de niños y adultos durante el camino recorrido.