

Las redes como un factor relevante en el desarrollo de la Resiliencia y la Calidad de vida en los adultos mayores

Networks as an important factor in the development of resilience and quality of life in older adults

Eugenio Saavedra
Cristián Varas

Resumen: En la ciudad de Curicó, Séptima Región de Chile, se trabajó con un grupo de 82 adultos mayores, con la finalidad de describir sus niveles de calidad de vida auto percibidos y desarrollar un perfil de resciliencia. El análisis de los resultados arroja un nivel de resiliencia cercano al promedio de la población, en tanto al comparar aquellos que asisten a talleres o grupos y aquellos que no asisten, se presentan fuertes diferencias tanto en la resiliencia, como también en la calidad de vida.

Palabras clave: Adultos Mayores, Calidad de Vida, Redes, Resiliencia.

Abstract: In Curicó, Maule Region of Chile, we worked with a group of 82 seniors, in order to describe their levels of self-perceived quality of life and develop a profile of resilience. The analysis of the results shows a level close to the average population resilience, while comparing those who attend workshops or groups and those not attending, strong differences occur in both resilience, as well as in the quality of life .

Keywords: Olders adults, Quality of Life, Networks, Resilience.

Introducción

En casi la totalidad de los países del mundo, las expectativas de vida han aumentado considerablemente. Como consecuencia de aquello, se ha incrementado la población de adultos mayores a nivel global y en especial en los países desarrollados. Como consecuencia, este fenómeno ha provocado un importante cambio social, planteando ahora el gran desafío, ya no es sólo seguir aumentando las expectativas de vida, sino también mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

El proceso de envejecer es natural y se inicia desde el momento en que somos concebidos, hasta la muerte. Dicho proceso varía de sujeto en sujeto e incluso es diferente entre los órganos de un mismo organismo.

Moragas (1998), nos propone tres tipos de vejez:

- a) *Vejez cronológica*. Tiene que ver con el cumplimiento de una edad determinada, a partir de los 60 para las mujeres y 65 para los hombres. Esta edad coincide con el retiro de las actividades laborales formales.
- b) *Vejez funcional*. Conlleva el cese o disminución de las funciones que anteriormente se realizaban. No obstante, estas funciones corresponden a limitantes culturales más que a una real deficiencia en los adultos mayores.
- c) *Vejez como etapa vital*. Aquí se entiende esta etapa como positiva, distinta y única, donde la persona si bien presenta algunas limitantes, también posee características y potencialidades distintivas que contrarrestarían las desventajas.

El aumento de la edad promedio de la población se debe en gran medida al progreso de la calidad de vida de un país. Nuestro país no ha sido la excepción frente a esta situación. Durante los últimos años, el porcentaje de adultos mayores ha crecido significativamente en nuestra población. Este fenómeno, va acompañado de una disminución en la natalidad y en la mortalidad infantil. Del mismo modo, la evolución positiva de estos indicadores, refleja la confluencia de una serie de factores de tipo económicos, sociales y culturales; entre los que destacan un mayor poder adquisitivo, mayor movilidad social y geográfica, y un incremento de los índices educacionales de la población en general.

Nuestro país, al igual que los países desarrollados, está viviendo una etapa de transición al envejecimiento demográfico de su población. En la década de 1960-1970, se produce una modificación en la estructura de la población, disminuyendo el aporte porcentual de los menores de 15 años y provocando el aumento de los adultos mayores (Instituto Nacional de Estadísticas —INE—, 1999).

Hoy en día, la población de adultos mayores representa el 13% según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2006. De ese porcentaje, 56% de los adultos mayores corresponde a la población de mujeres y el 44% restante corresponde a la población de hombres.

Resiliencia

El vocablo Resiliencia tiene su origen en el latín, fundamentalmente en el término *resilio*, que significa *volver atrás* o *rebotar*. El concepto proviene directamente inspirado en el término usado en la física, en donde los cuerpos tendían a volver a su estado original luego de haber sufrido deformaciones producto de la fuerza.

El concepto fue utilizado en el campo de la psicología en la década 1970-1980, por el investigador Michael Rutter, en donde el término resiliencia se limitaba a una suerte de flexibilidad social adaptativa.

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

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

De acuerdo a lo señalado se describen tres clases de reacciones frente a estímulos dolorosos o adversos:

- Personas que frente a la adversidad reaccionan con conductas de vulnerabilidad frente al estímulo.
- Personas que permanecen indiferentes frente a la situación de adversidad.

- Personas resilientes, que logran alcanzar una adecuada calidad de vida a pesar de las condiciones negativas para su desarrollo.

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

En el desarrollo histórico del concepto resiliencia se distinguen dos tipos de generaciones:

El primer grupo de investigadores se centró en diferenciar a aquellos sujetos que se adaptan a pesar de los pronósticos de riesgo que cada uno posee. Es decir, todo su énfasis se focalizó en el producto, en el ser resiliente.

La segunda generación se dedicó principalmente a establecer cuál es la dinámica entre factores que permiten la adaptación positiva. Puso su énfasis en el proceso, en la promoción y en el contexto social. Es decir, las personas aprenden a ser resilientes (Saavedra & Villalta, 2008).

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

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores.
- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles. El concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un ambiente insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio.
- Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales, el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños.

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

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

En relación a los adultos mayores y la resiliencia, existe poca evidencia que entregue información rigurosa y fidedigna. Sin embargo, según Varas (2009), en un estudio realizado con adultos mayores, nos señala que este grupo etario, posee más altos niveles de resiliencia que la población en general.

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

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

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

Un sujeto puede tener la fortaleza intra-psíquica suficiente y las habilidades sociales necesarias, pero si carece de oportunidades para educarse o trabajar, sus recursos se verán limitados. Por tanto, el generar respuestas resilientes se verá condicionado a la interacción del sujeto con su ambiente.

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

Como una manera de dar respuesta a esta dinámica, la escala SV-RES (Saavedra & Villalta, 2008) considera modalidades de interacción del sujeto: a) consigo mismo, b) con los otros y c) con sus posibilidades, en relación con distintos actos de conciencia para aprender y transformar proactivamente sus juicios sobre 1) la capacidad de generar metas orientadoras de la acción, 2) la capacidad para resolver situación problemática, 3) la definición de sí mismo, y 4) la definición de la historia que la constituye como tal.

Al articular estos modelos, permite distinguir 12 dimensiones (Saavedra y Castro, 2009):

D1. Identidad: autodefinición básica, auto concepto relativamente estable en el tiempo, caracterización personal.

D2. Autonomía: sentimiento de competencia frente a los problemas, buena imagen de sí mismo, independencia al actuar. Control interno.

D3.Satisfacción: percepción de logro, autovaloración, adaptación efectiva a las condiciones ambientales, percepción de desarrollo.

D4.Pragmatismo: sentido práctico para evaluar y enfrentar los problemas, orientación hacia la acción.

D5.Vínculos: condiciones estructurales que sirven de base para la formación de la personalidad. Relaciones vinculares, apego. Sistema de creencias.

D6.Redes: condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto. Sistemas de apoyo y referencia cercanos y disponibles.

D7.Modelos: personas y situaciones que sirven de guía al sujeto para enfrentar sus problemas. Experiencias anteriores que sirven de referente frente a la resolución de problemas.

D8.Metas: objetivos definidos, acciones encaminadas hacia un fin. Proyección a futuro.

D9.Afectividad: autoreconocimiento de la vida emocional del sujeto, valoración de lo emocional, características personales en torno a la vida emocional. Tono emocional, humor, empatía.

D10.Auto eficacia: capacidad de poner límites, controlar los impulsos, responsabilizarse por los actos, manejo de estrés, terminar lo propuesto.

D11.Aprendizaje: aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar el propio actuar y corregir la acción.

D12.Generatividad: capacidad de crear respuestas alternativas frente a los problemas, construir respuestas, planificar la acción.

Calidad de Vida

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

El término Calidad de Vida, aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui en Gómez, M., Sabeh, E, S/F).

El término calidad de vida data de 1932, atribuyéndose el mismo, al economista Pigou y siendo utilizado, de manera generalizada, a partir de 1960 (Casas, 1989). Desde el movimiento de la calidad de vida, se resalta una forma de existencia superior a la meramente física, la cual incluye las áreas de bienestar social, relaciones sociales y acceso a los bienes culturales, así como el nivel de satisfacción que proporcionan al individuo sus condiciones de vida cuando las compara con la vida de otras personas (Barrancos, 2010, p.134).

La utilización del concepto de Calidad de Vida, también puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras.

La calidad de vida es un concepto complejo y no se puede entender si no se contextualiza, ya que, ha pasado a ser una definición centrada en la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida.

Su uso extendido es a partir de los sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes para describir la calidad de vida de las personas.

El hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado que, a la fecha, aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta. Existen muchas otras acepciones como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, auto-reporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar calidad de vida, agregando además que muchos autores no definen lo que para ellos significa calidad de vida, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir (Urzúa, 2012).

De este modo, se hace necesario precisar algunos conceptos:

Calidad: La palabra calidad se deriva de cualidad que significa cada una de las circunstancias o caracteres que hacen de una persona o cosa superior y excelente. Distinguen a las personas o cosas.

Calidad de Vida: Es un concepto que va más allá de lo físico, pues implica valores y actitudes mentales. Su búsqueda es una constante, en la vida del hombre desde comienzos de los tiempos.

En el diccionario de la lengua española define calidad de vida como el estado de una persona, su naturaleza y edad y demás circunstancias que concurren en ella de modo favorable. (Gatica, 2004).

A nivel mundial, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ha establecido el índice de desarrollo humano (IDH) para medir el grado de desarrollo de los países. Se consideran la esperanza de vida, el nivel educacional y el ingreso per cápita. Estos índices son datos objetivos, que explican la calidad de vida de los habitantes de un país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la “percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Esta definición se ha operacionalizado en diferentes áreas. Salud física, estado psicológico, nivel

de independencia, relaciones sociales, creencias personales y la relación que tienen las personas con su entorno.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), ha presentado el índice para una vida mejor. De 36 países que participan en esta organización, Chile sólo destaca en el ámbito de satisfacción con la vida (5,9 en una escala de 1 a 10), y lo ubica en 22 entre todos los países. Otro dato relevante a mencionar es que según este mismo índice, el 77% de la población se reconoce como feliz.

Los ámbitos que se han considerado en este estudio son la calidad de la vivienda, el nivel de ingresos, la calidad del empleo, las redes de apoyo en la comunidad, los niveles de educación, la calidad del medio ambiente en que se vive, el compromiso cívico de las personas, la calidad de la salud, el nivel de satisfacción ante la vida, el nivel de seguridad y la relación entre trabajo y vida diaria

La calidad de vida, es la finalidad principal que debiesen tener los países que tengan como prioridad preocuparse por el desarrollo integral de las personas. Este concepto alude al bienestar en todas las facetas del ser humano, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales como la alimentación o vivienda, psicológicas como la seguridad y el afecto, sociales como el trabajo, sus derechos y responsabilidades como ciudadano, y las ecológicas, que hacen referencia a la relación que tienen las personas con su medio ambiente. Es un error creer que el crecimiento económico, va de la mano con la calidad de vida de las personas. La calidad de vida, alude a un estado de bienestar total y no sólo hace referencia a la variable económica. Gilddenber, (1978).

Desde la perspectiva sistémica-ecológica la calidad de vida es definida como: “Un estado de bienestar, en el sentido, (...) de sostener, enriquecer, fomentar y promover el bienestar general de la vida humana en las condiciones bajo las cuales pueda existir en armonía el hombre y la naturaleza y lograr el requerimiento social, económico y otros de las generaciones presentes y futuras” (Van Gigch en Barranco, 2009, p.134).

Es por esto que se considera que la calidad de vida es un concepto multidimensional en el cual se integran distintos componentes objetivos como la salud, economía, trabajo, vivienda, relaciones sociales, ocio, medio ambiente, derechos, así como el juicio subjetivo individual y colectivo, acerca del grado en el que se ha alcanzado la satisfacción de necesidades, expectativas, siendo necesario disponer de políticas de bienestar social,

basadas en los Derechos Humanos Universales para garantizar la igualdad de oportunidades, concretadas en leyes, planes, programas, servicios y prestaciones, como derechos universales. (Barranco, C., 2009).

Es por ello que, “la calidad de vida se encuentra estrechamente vinculada con el funcionamiento de la sociedad, con las normas y valores sociales que el individuo debe asumir, pero, por sobre todo, con sus aspiraciones y con su grado de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en los que desarrolla su vida” (García-Viniegas, 2008, p.112).

Según IMSERSO (2011) Podemos entender la calidad de vida como la Combinación del bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de vida considerados de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos, asimismo la participación plena y la aceptación de la persona en la comunidad es otro principio importante de la calidad de vida en las personas.

Es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en plenitud, es poder funcionar cien por ciento. Físicamente, significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas.

Desde el punto de vista psicológico, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Desde el punto de vista emocional, es estar en paz y armonía. Las personas que mantienen su calidad de vida son personas que se sienten bien, vigorosas, entusiastas, con la sonrisa propia del que se siente bien, en todas sus dimensiones.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye las condiciones materiales de vida, la satisfacción que de ellas se deriva, la situación económica, las oportunidades de empleo. Ésta siempre estará contextualizada en un medio social particular, con sus estándares, su nivel de desarrollo tecnológico, sus valores, su sistema sociopolítico en general; en definitiva con el entorno (García-Viniegras, 2008, p. 15).

Calidad de vida y resiliencia, aplicaciones prácticas en adultos mayores.

En función de la relevancia del fenómeno descrito, éste trabajo se enmarcó dentro de la ejecución de un estudio que tuvo como finalidad describir y comparar los niveles de calidad de vida y resiliencia en una muestra de adultos mayores pertenecientes a la

Fundación de la Familia, de la ciudad de Curicó, Chile, durante el primer semestre de 2012.

En esta dirección, se desarrolló una investigación de carácter cuantitativo, descriptivo comparativo, con una muestra intencional y una medición de tipo transeccional, en el cual la muestra estuvo compuesta por 82 adultos mayores, hombres y mujeres, pertenecientes a la Fundación de la Familia, en la ciudad de Curicó.

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

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

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

En relación a los resultados más relevantes, se observó que 60 de los participantes evaluados fueron mujeres y 22 hombres. El dato anterior, refuerza los resultados de estudios previos, en que señalan la mayor sobrevivencia de las mujeres, por sobre los varones.

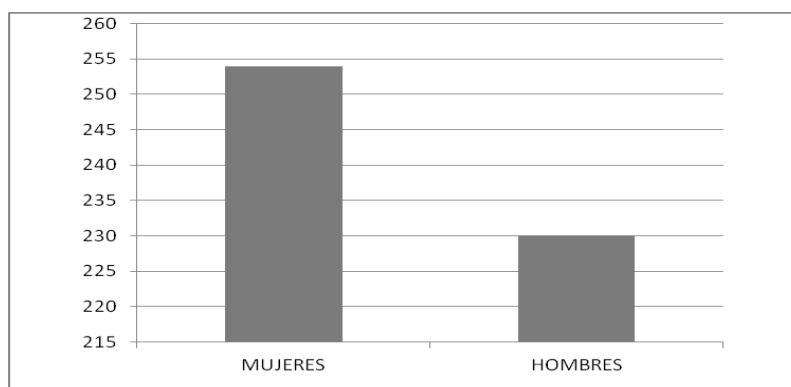
Se pudo observar, además, que los varones que asisten a talleres, fueron el grupo menos numeroso; del total de adultos mayores encuestados, 50 pertenecen a talleres y 32 cuentan con esa red y permanecen preferentemente en su domicilio. (Tabla 1).

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

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

Frente a la variable resiliencia, las mujeres presentan un promedio de 254 puntos (de un máximo de 300), en tanto los hombres alcanzan un puntaje de 230 (Figura 1). Al comparar los grupos se constata que existe diferencia estadísticamente significativa (alfa = 0,05). (Figura 1).

Figura 1. Niveles de resiliencia por sexo



El promedio del grupo total en torno a la resiliencia, alcanza a los 248 puntos, en tanto el grupo con red llega a 259 y el grupo sin red a 231 puntos (Figura 2). Al comparar a estos dos grupos, se constata que existe diferencia estadísticamente significativa en sus niveles de resiliencia, a favor del grupo con red (alfa = 0,05). (Figura 2).

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

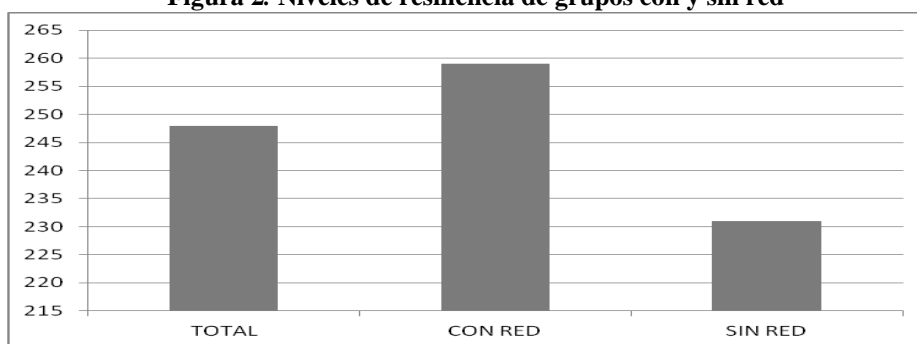
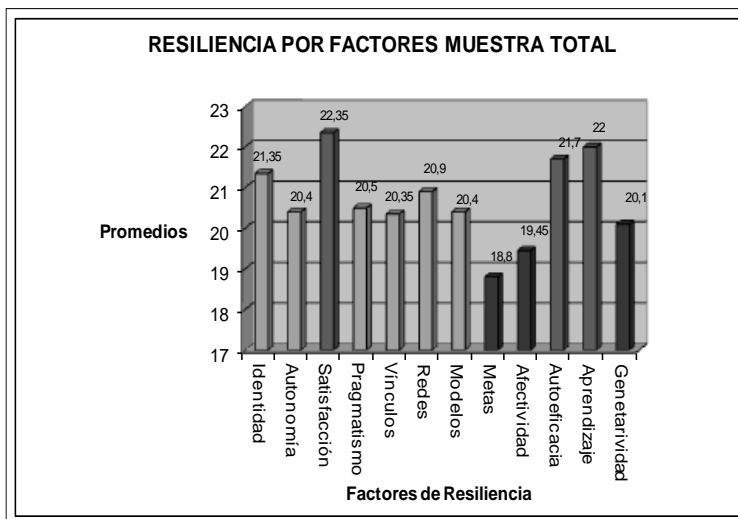


Figura 3. Niveles de resiliencia en la muestra total por dimensiones

Del mismo modo, en la figura 3 se puede observar que las dimensiones *satisfacción*, *aprendizaje* y *pragmatismo* son las áreas más desarrolladas, en tanto las menos desarrolladas son *metas*, *afectividad* y *generatividad*. (Figura 3).

En las figuras 4 y 5 se describen los valores por dimensiones de la resiliencia entre los adultos mayores con y sin red.



Podemos ver que las áreas más desarrolladas en el grupo con red son *satisfacción*, *aprendizaje* e *identidad*, en tanto las más bajas son *afectividad*, *metas* y *modelos*. (Figura 4). Observamos también, como las áreas más desarrolladas en el grupo de adultos mayores sin red son, *autoeficacia*, *aprendizaje* y *satisfacción*, sin embargo todos los puntajes son claramente más bajos que en el caso del grupo con red. Por su parte las dimensiones más bajas son, *metas*, *generatividad* y *pragmatismo*.

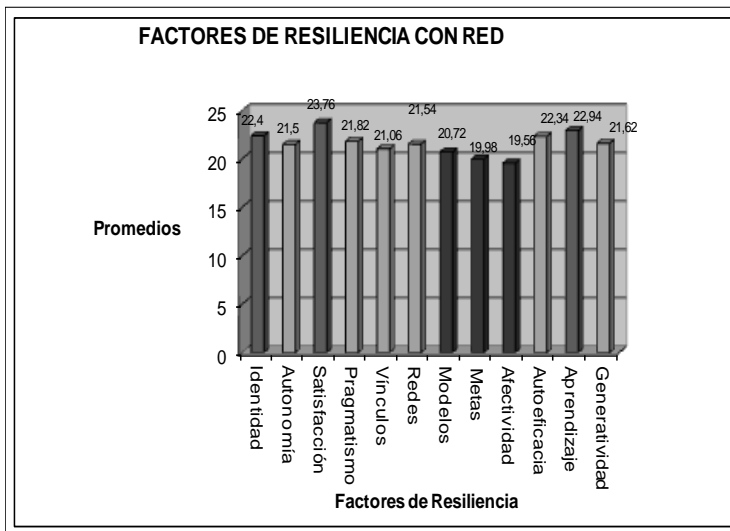
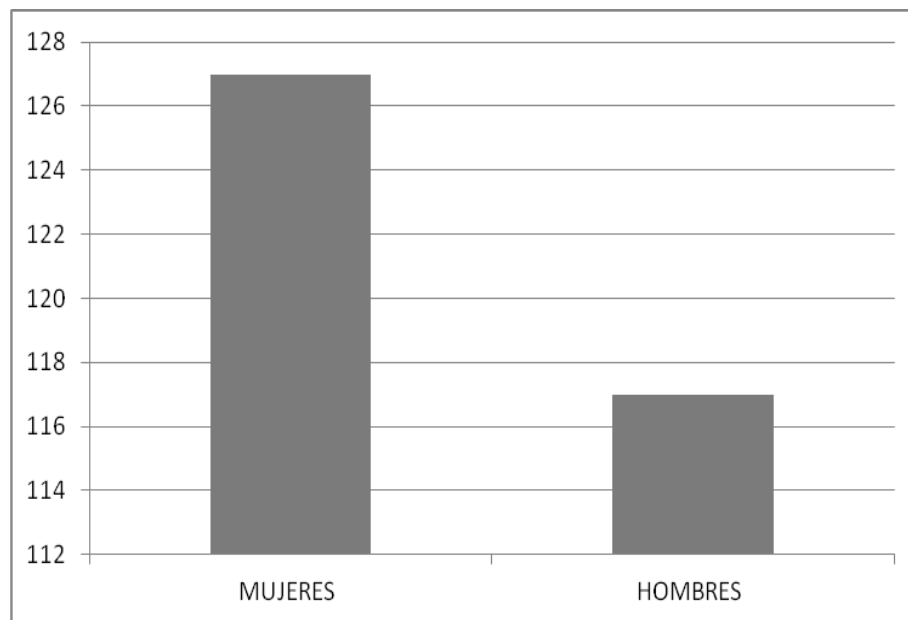


Figura 4. Niveles de resiliencia por dimensiones, grupo con red.

Figura 5. Niveles de calidad de vida en el grupo total, por sexo



Por otro lado, respecto a la calidad de vida, podemos observar que las mujeres reportan un mayor nivel de dicha variable (127 puntos) que los hombres (117 puntos) (Figura 6). Esta diferencia es estadísticamente significativa (alfa = 0,05). (Figura 5).

Los adultos mayores que asisten a talleres (es decir con red) reportan un mayor nivel de calidad de vida (131 puntos), que aquellos que permanecen preferentemente en sus domicilios sin pertenecer a un grupo (114 puntos). Esta diferencia es estadísticamente significativa (alfa = 0,05).

Algunos resultados

- a) Las mujeres del grupo de adultos mayores evaluados, presentan niveles de resiliencia y Calidad de Vida, significativamente mayores que los hombres. Ellas, como ya lo señalamos, también participan más activamente en talleres educativos y recreativos que

sus pares masculinos. Lo anterior nos hace pensar que la mujer está más conectada con el mundo social y ello hace que se integre más al mundo externo generándose mayores contactos y eventualmente redes de ayuda.

- b) Los Adultos Mayores que asisten a grupos o talleres, es decir que mantienen una red, presentan un nivel de Resiliencia y Calidad de Vida, significativamente mayor que aquellos que no están integrados a una red. Se observa una mejor valoración de sus vidas, a la vez de sentirse más apoyados por sus pares y por las instituciones y servicios sociales.
- c) Se observa en el estudio, una relación positiva alta entre la Resiliencia y la Calidad de vida de los Adultos Mayores. Esto significa que hay una buena autopercepción de enfrentamiento a las dificultades, a la vez de percibir mejores condiciones de calidad de vida. Si potenciamos una de estas variables, es probable que la otra aumente.
- d) Las dimensiones que aparecen mejor desarrolladas por los Adultos Mayores son: *satisfacción, autoeficacia y aprendizaje*. Lo anterior concuerda con su autopercepción de calidad de vida.
- e) Las dimensiones de la Resiliencia que aparecen más disminuidas son: *metas, afectividad y generatividad*. En el caso de las *metas* y la *generatividad* puede influir la percepción acotada de futuro, condicionada por la edad de estas personas.
- f) Las afirmaciones de Calidad de Vida que puntúan más altas, tienen en común el interés de “conocer a más personas del mismo grupo de edad”, “ayudar a otros” y “mantenerse activos mentalmente”. Esto concuerda con una visión positiva de participación en actividades dirigidas hacia ellos, como también de ayuda social hacia otros.
- g) Los ítems de Calidad de Vida que puntúan más bajos, tienen en común poseer una bajo interés “por tener proyectos personales a futuro”, “se sienten solos” y “además sienten desconfianza en los demás”. Lo anterior se explica directamente por el momento vital por el que atraviesan, con una percepción finita del tiempo y los temores propios de enfrentar una vida en que sus familias se han alejado de sus hogares.

Conclusiones

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

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

Recibido: 2 abril 2014

Aceptado: 6 agosto 2014

Referencias

- Comisión de Actividad Física del Consejo Vida Chile (2004). *Guía para una vida activa*. Segunda edición. Santiago de Chile.
- Chadi, M. (2000). *Redes Sociales en el Trabajo Social*. Argentina: Edit. Espacio.
- García, S. (1998). *Medidas alternativas a la prevención de la libertad*. (Conferencia) Medellín, Colombia.

- Gatica, P. (2000). *La condición física en la población escolar de la región del Maule Chile*. Universidad de Barcelona, División Ciencias de la Educación, Departamento de teoría e historia de la Educación: Programa de Doctorado.
- Grotberg, E. (2003). *Nuevas tendencias en resiliencia. Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Argentina: Edit. Paidós.
- Instituto Nacional de Estadísticas —INE— (1999). *Chile y los Adultos Mayores. Impacto en la Sociedad del 2000*. Santiago de Chile.
- Kotliarenco, M. Cáceres I. y Fontecilla M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*, Washington D.C.: Organización Panamericana para la Salud.
- Melillo, A. & Suárez, N. (2000). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*, Argentina: Edit. Paidós.
- Moragas; R. (1998). *Gerontología Social, envejecimiento y calidad de vida*. Segunda Edición, España: Edit. Herder.
- Organización Mundial de la Salud —OMS— (1995). *El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría*. Informe del comité de expertos de la OMS, Ginebra.
- Saavedra, E. (2004). *El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes: Estudio de Casos*. Tesis Doctoral, Universidad de Valladolid, España.
- Saavedra, E. & Villalta M. (2008). *Escala de Resiliencia SV RES para jóvenes y adultos*. Chile: CEANIM.
- Varas, C. (2009). *Escala de calidad de vida, CAL VID para jóvenes*. Documento de Trabajo, Departamento de Deportes. Chile: Universidad Católica del Maule.
- Varas, C. (2010). *Escala de calidad de vida en los adultos mayores, CALVIDAM*, Documento de Trabajo, Departamento de Deportes, Chile: Universidad Católica del Maule.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Chile: Anales de la Facultad de Medicina*, 68, (3), 284-290.

Otros textos revisados:

- Devís, J. (2000). *Actividad, deporte y salud*, España: INDE.
- Domínguez, O. (1982). *La vejez una nueva edad social*. Chile: Edit. Andrés Bello.
- Donoso, S. y Cifuentes, C. (1997). *El deporte y la recreación y los cambios socioafectivos y físicos del adulto mayor*. Chile: Fundación de la Familia,
- Florentino, M. (2008). *La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud*. Suma Psicológica, Vol. 15, N°1, 95-114. Universidad Nacional de San Luis.

- Grotberg, E. (2008). *Promoviendo la resiliencia en niños: reflexiones y estrategias. Resiliencia construyendo una adversidad*. Chile: CEANIM
- Jiménez, F. y Arguedas, I. (2004). *Rasgos de sentido de vida en enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años*. Revista electrónica. Actualidades investigativas en educación”. Volumen 4 n° 002. Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica.
- Morales, R. Rubilar, C. y Urzua, A. (2008). *Participación y bienestar en el envejecimiento. Percepción de bienestar de seis adultos mayores sobre su participación en los talleres de las casas de encuentro de encuentro del instituto de normalización provisional VII región del Maule*. Tesis para optar al título de Trabajo Social. Universidad Católica del Maule, Chile.
- Motris, D. (1985). *La vejez y sus múltiples caras*. España: Edit. Aurora.
- Munist, M. y Cols. (1995). *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes (versión preliminar)*. Chile: CEANIM
- Pont, P. (1997). *Tercera Edad, Actividad Física y Salud*. España. Editorial Paidotribo.
- Osborn, Albert F. (1993). *What is the value of the concept of resilience por policy and intervention?* Gran Bretaña: International Catholic Child Bureau
- Rutter, Michael y Rutter, Marjorie (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the life Span..* Gran Bretaña: Penguin Books
- Saavedra, E. & Varas, C. (2008). *Relación entre rendimiento escolar, calidad de vida y resiliencia, de los estudiantes de enseñanza media de la comuna de Curicó*. Tesis para optar al grado de Magíster en Educación mención Currículum y Administración. Talca: UCM.
- Suárez, E. (2004). *Resiliencia, tendencias y perspectivas*. Argentina: Edit. UNLA
- Vanistandael, S. (1994). *La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado*, Suiza: Bice.
- Werner, E. y Smith, S. (1992). *Overcoming the Odds: High-Risk Children from birth to adulthood*. USA: Cornell University Press.

Sobre los autores:

Eugenio Saavedra, chileno, Psicólogo, Investigador y Docente, Profesor Titular Universidad Católica del Maule, esaavedr@ucm.cl

Cristián Varas, chileno, Profesor de Educación Física, Investigador, Universidad Católica del Maule, cvaras@ucm.cl