

# **SIGNIFICADOS DE BIENESTAR PSICOLOGICO EN PERSONAS MAYORES DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO**

**María Victoria García Orrego**

**Trabajo de grado para optar al título de Magister en Salud Mental**

**Directora**

**María Isabel Zuluaga Callejas**

**Psicóloga**

**Magister en salud pública**

**Universidad de Antioquia**

**Facultad Nacional de Salud Pública**

**“Héctor Abad Gómez”**

**Medellín**

**2019**

Tanto que agradecer y de mil maneras  
A una fuerza poderosa que me alimento y que yo llamo Dios,

Gracias familia, por comprender las ausencias,  
Gracias profe Ma. Isabel por creer en mí y apoyar cada paso,  
Gracias Lina María por tu incondicionalidad,  
Gracias Wi por acompañar cada parte de este proceso...

A muchas personas, situaciones e incomprensiones.  
Una espera de años,  
hoy puedo decir...aquí estoy, se logró.

## Tabla de contenido

Lista de tablas.....	5
Lista de figuras.....	6
Lista de anexos.....	7
Resumen.....	8
1 Planteamiento del problema.....	10
2 Justificación.....	19
3 Objetivos.....	22
3.1 Objetivo general.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 Marco referencial.....	23
4.1 Envejecimiento.....	23
4.2 Vejez.....	25
4.3 Calidad de vida.....	26
4.4 Salud mental.....	27
4.5 Salud mental positiva.....	28
4.6 Bienestar.....	30
4.7 Bienestar psicológico.....	32
4.8 Bienestar psicológico en la vejez.....	33
4.9 Otros aspectos asociados al Bienestar psicológico en la vejez.....	34
5 Metodología.....	38
5.1 Diseño metodológico.....	38
5.2 Población y muestra.....	39
5.2.1 Criterios de selección.....	40
5.3 Construcción Sistema categorial.....	41
5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	42
5.4.1 Escala de Bienestar de Carol Ryff.....	43
5.4.2 Entrevista semiestructurada.....	45
5.4.3 Grupo focal.....	46
5.5 Rastreo de información bibliográfica.....	46

6	Plan de análisis.....	47
7	Viabilidad y factibilidad.....	49
8	Consideraciones éticas.....	50
9	Estrategias de difusión de los resultados y hallazgos de la Investigación.....	53
10	Resultados.....	54
10.1	Anotaciones sobre la Escala de Bienestar psicológico de Ryff.....	54
10.1.1	Calificación y resultados.....	55
10.2	Resultados Estudio de Caso Colectivo.....	58
10.2.1	Significados de Bienestar psicológico.....	58
10.2.1.1	Bienestar objetivo...la urgencia de lo material.....	58
10.2.1.2	Bienestar psicológico...es equilibrio.....	60
10.3	Significados de dominio del entorno: categoria importante dentro del bienestar psicológico en personas mayores.....	62
10.4	Significados relaciones positivas con otros.....	66
10.5	Significados de autoaceptación.....	69
10.6	Los significados emergentes conectados a las dimensiones significativas.....	73
10.6.1	Autocuidado...regla fundamental.....	73
10.6.2	La persona mayor es el primer agente de su bienestar.....	75
10.6.3	La familia, hoy y siempre.....	76
10.6.4	Pareja...ancla y sostén.....	78
10.6.5	Espiritualidad...Dios.....	79
10.6.6	Salud-enfermedad: perdidas, tristezas parte de un continuo.....	80
10.6.7	Programa de adulto mayor Envigado...Siempre una oportunidad.....	82
11	Discusión.....	86
12	Conclusiones y recomendaciones.....	97
	Referencias bibliográficas.....	101
	Anexos.....	119

## Lista de tablas

Tabla 1. Criterios de selección aplicación Escala de Ryff.....	40
Tabla 2. Sistema categorial.....	42
Tabla 3. Dimensiones propuestas en el modelo de bienestar De Carol Ryff.....	43

## Lista de figuras

Figura 1. Mapa índice de envejecimiento por departamentos 2018.....	12
Figura 2. Pirámide poblacional de Envigado.....	13

## Lista de anexos

Anexo 1. Cronograma de actividades.....	119
Anexo 2. Presupuesto.....	121
Anexo 3. Escala de Bienestar psicológico de Ryff (Aplicación).....	122
Anexo 4. Calificación Escala Bienestar psicológico de Ryff.....	125
Anexo 5. Guía de entrevista semiestructurada.....	127
Anexo 6. Guía Grupo focal.....	129
Anexo 7. Caracterización grupos focales.....	132
Anexo 8. Consentimiento informado.....	133

# **SIGNIFICADOS DE BIENESTAR PSICOLOGICO EN PERSONAS MAYORES DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO**

## **Resumen**

Al acercarse a temas como el envejecimiento, en gran parte de la literatura se hace común encontrarse contenidos relacionados con asuntos como la enfermedad, la discapacidad y la muerte, un abordaje del fenómeno que como lo llama Granda, se enmarca desde la enfermología pública<sup>1</sup>. Este trabajo de investigación aborda un aspecto importante de la salud mental de los adultos mayores, relacionado con los significados del bienestar psicológico que quisieron construir y compartir, lo que constituye una oportunidad para investigar aspectos salugénicos del envejecimiento. En este estudio las voces de los mayores cobraron sentido y expresión plena en relación a la manera cómo quieren sentirse y alcanzar su bienestar; donde los significados que comunicaron sobre este concepto, aporta claridades en especial sobre dimensiones como dominio del entorno, relaciones positivas con otras personas y la Autoaceptación; además de otros significados que enmarcan temas sobre la familia, la pareja, la espiritualidad, los procesos de salud-enfermedad y duelos. La metodología de estudio de caso cualitativo aplicada a los adultos mayores del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del Municipio de Envigado, permitió un abordaje más íntimo y singular, inspirado en el reconocimiento y la comprensión de dichos significados, donde se rescata una visión más próxima a la forma como se puede potencializar el desarrollo de sus capacidades y habilidades desde una perspectiva de Salud Pública.

**Palabras clave:** bienestar psicológico, envejecimiento, vejez, personas mayores.

## **Abstract**

When approaching issues such as aging, in much of the literature it is common to find content related to issues like disease, disability and death, an approach to the phenomenon that, as Granda calls it, is framed from a public sickness perspective. This research paper addresses an important aspect of the mental health of older adults, related to the meanings of psychological well-being that they wanted to construct and share, which constitutes an opportunity to investigate healthy aspects of aging. In this study, the voices of the elders gained meaning and full expression in relation to the way they want to feel and achieve their well-being,



where the meanings they communicated about this concept, provide clarities especially on dimensions such as: control of the environment, positive relationships with other people and Self-Acceptance, in addition to other meanings that frame issues about family, partners, spirituality, health-disease processes and mourning (grief). The qualitative case study methodology applied to older adults of the Integral Care Program for the Elderly of the Municipality of Envigado (Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del Municipio de Envigado), allowed a more intimate and unique approach, inspired by the recognition and understanding of these meanings, where a closer vision is rescued to the way in which the development of their capacities and abilities can be potentialized from a Public Health perspective.

**Keywords:** aging, elderly people, old age and psychological well-being.

## 1. Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional actual es un fenómeno demográfico sin precedentes a nivel mundial y en especial, para los países en vía de desarrollo. La disminución en la fecundidad, el incremento en la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, entre otras variables, han hecho que el porcentaje de la población de personas mayores sea cada vez más representativo en la estructura demográfica del mundo, y exista una menor proporción de menores de 15 años, incrementando así el índice de envejecimiento. El aumento significativo de este grupo poblacional hace que se cuestionen asuntos relacionados con las condiciones en las cuales se está viviendo y envejeciendo. El fenómeno del envejecimiento ha estado asociado a procesos de enfermedad, discapacidad y muerte, ha tenido un marcado enfoque morbicéntrico; no es frecuente que dicho proceso de envejecimiento pueda ser analizado desde enfoques salugénicos.

Es una realidad que en pocos años todos los países afrontarán un creciente envejecimiento y este fenómeno tendrá un especial impacto en América Latina, donde se proyecta que el número de personas mayores se triplique en los próximos cuarenta años<sup>2</sup>, mientras que a Francia le tomó 150 años pasar de 10% a 20% en la proporción de personas mayores de 60 años, en Brasil, China y la India este proceso tomará un poco más de 20 años (Encuesta SABE 2016); estas cifras dan por sentada la necesidad de dar un giro en la mirada a la forma como se está abordando este fenómeno de salud pública. Vivir más y en mejores condiciones, tener un buen estado de salud, incluyendo a su vez estados óptimos a nivel social, ocupacional y psicológico, son necesidades de esferas vivenciales, que son poco abordadas desde la mirada biologicista que ha primado.

Según cifras de la CEPAL para el año 2025 la población de adultos mayores de 60 años en América Latina representará más de 100 millones de personas, equivalente a un 14% de la población total. En esta región, se evidencia un descenso de la mortalidad pero igualmente en la fecundidad, lo que genera el paulatino envejecimiento que se viene presentando (COSIO 1993 citado por Minsalud, 2013).<sup>3</sup> Colombia está contemplado dentro del grupo de países que presenta un envejecimiento moderado; lo cual es producto de la transición epidemiológica y demográfica.

En las regiones de América Latina y el Caribe no se cuenta con información suficiente sobre las condiciones en las cuales viven y se desarrollan las personas mayores, sin embargo, si se da cuenta de la importancia que tiene el atender de manera urgente las necesidades de este grupo poblacional, sobre todo si se tiene presente la cantidad de déficits que muestra la atención a sus múltiples

necesidades, además de los altos niveles de informalidad laboral que se evidencian, forzados a garantizar la propia subsistencia, en labores y condiciones poco dignas<sup>4</sup>. Un panorama así, exige cambios drásticos en la forma de abordar el envejecimiento, de lo contrario, el aumento de situaciones de enfermedad y discapacidad seguirán siendo la constante entre este grupo de personas, confirmando la visión negativa tan marcada en nuestra sociedad, de carga social y deterioro progresivo de la vejez.

Es así como la enfermedad, la discapacidad y la inasistencia familiar, son algunas de las situaciones que mayor inquietud generan en el plano nacional, pues su aparición y manejo repercuten invariablemente en la calidad de vida de las personas mayores y en las condiciones familiares. Por su parte, los tomadores de decisiones se ocupan más de revisar el incremento sobre la demanda cada vez más compleja por servicios de salud<sup>5</sup> y los costos que esto genera; mas no sobre la promoción de la salud en clave de curso de vida.

En el plano regional, Antioquia está dentro de los departamentos del país que tiene niveles de población más envejecida<sup>6</sup>(ver figura 1); en estudios realizados en 2012, se encontró que uno de cada diez antioqueños era mayor de 60 años, es decir representaban 10,8%; mientras que para el 2020 se proyecta su aumento a 13,4%<sup>7</sup>; lo que da cuenta de la necesidad urgente por dar respuesta a los desafíos que este fenómeno representa. Además, en los informes preliminares que arrojó el Censo del año 2018, se puede apreciar el acercamiento del departamento a los niveles proyectados.



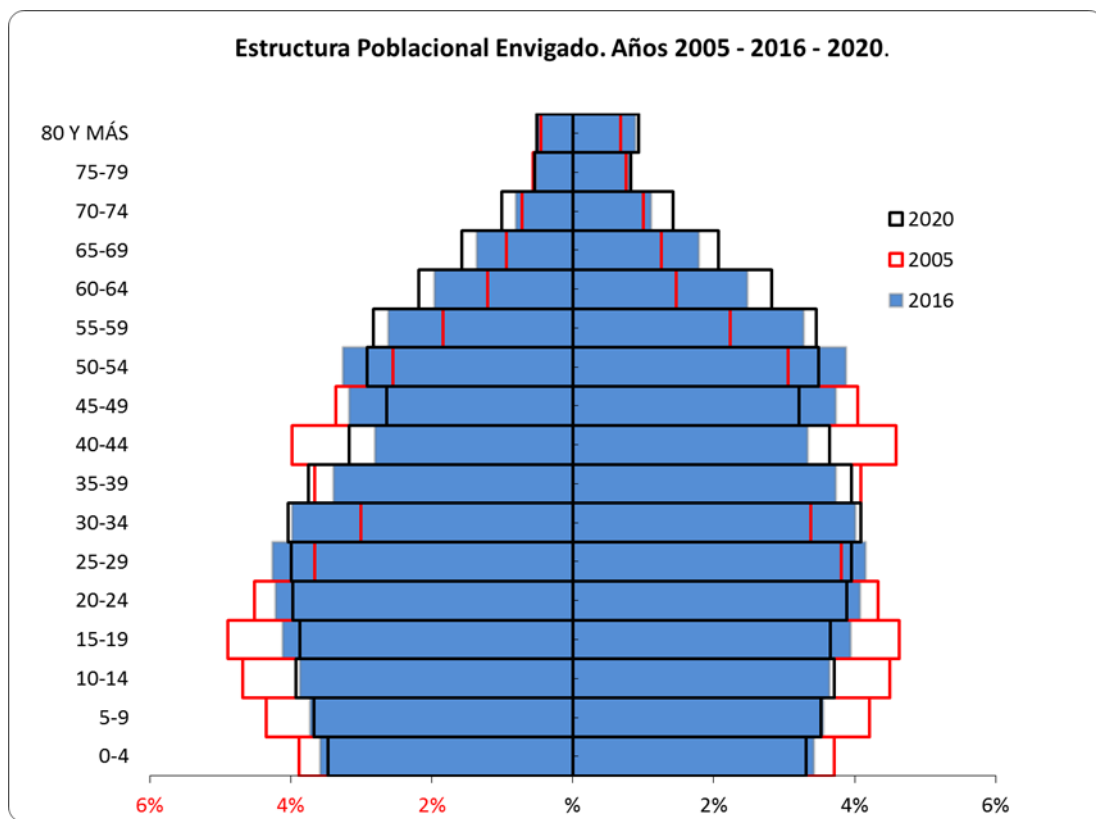
**Figura 1. Mapa índice de envejecimiento por departamentos 2018.**

Fuente: DANE. Censo Nacional de población y vivienda 2018. Colombia. Datos preliminares.

### Breve contextualización

En municipios del Área metropolitana del Valle de Aburra como Envigado, se evidencia también la transformación demográfica, en este caso el 24.73% de la

población es mayor de 60 años (de una población de 222.455 habitantes). Además, en su pirámide poblacional, se puede apreciar una variación importante en cuanto a la distribución de la población por rangos de edad en los años 2005, 2016 y la proyección DANE al 2020. Tradicionalmente en Envigado, la población entre 20 y 29 años representaba la mayor parte de la población, panorama totalmente diferente en el año 2005 donde la mayor proporción de la población eran jóvenes entre 15 y 19 años, resaltando además, que para el 2020 será el grupo de 30 a 34 años. Se evidencia la madurez que comienza a alcanzar la población del municipio y su tendencia al envejecimiento, explicando con esto el descenso en la participación porcentual de los grupos poblacionales más jóvenes que se ubican entre los 5 y los 24 años, y el aumento en la participación porcentual entre los 25 y 34, así como en los mayores de 50 años. Se está ante la presencia de una pirámide regresiva que se expresa en la disminución de la población de niños y jóvenes, característica de una población envejecida<sup>8</sup>(ver figura 2)



**Figura 2. Pirámide poblacional de Envigado.**

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Dane, Bogotá, 2005. Proyección de población DANE 2005, 2016 y 2020. Según censo de población 2005.

Envigado es un municipio Antioqueño que forma parte de los 10 que actualmente conforman el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, Antioquia - Colombia. Un municipio que en sus inicios tenía una naturaleza rural y a mediados del siglo XVIII se da pasos hacia el urbanismo, pero solo hasta el siglo XX comienza un florecer industrial y una gran expansión poblacional y urbanística. En las décadas de los años 80 y 90, se presenta la gran exposición del progreso material del municipio; nuevos desarrollos urbanos, encarecimiento de la tierra, gran poder adquisitivo, desarrollo de comercios y toda una serie de cambios que dinamizaron aún más la vida de los envigadeños; todo esto llevó a que fuera catalogado en los medios de comunicación, como el Mónaco colombiano. Novedosas políticas sociales en vivienda y subsidios terminaron por precipitar la afluencia de personas de diferentes lugares del departamento y el país<sup>9</sup>. Esta es una de las razones que justifica el incremento del índice de envejecimiento de Envigado, el cual a 2017 registra 37,1<sup>10</sup>.

El crecimiento del municipio ha sido vertiginoso y en las últimas décadas, sus habitantes como las de otros municipios cercanos, lo tienen catalogado por años como un “buen vivero”, a pesar de las dificultades y las diferencias socioeconómicas que se presentan en el territorio en cada uno de los grupos poblacionales. En el caso de la atención a la población adulta mayor, desde la administración municipal la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario, es la encargada por medio de su Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM) de crear y fomentar espacios y entornos que posibiliten el desarrollo, bienestar y la calidad de vida de las personas mayores del municipio. Este programa desarrolla actividades de promoción social y prevención en salud, con la participación de un equipo de profesionales que operan interdisciplinariamente; gerontólogos, licenciados en actividad física, psicólogos, trabajadores sociales y diversos instructores en artes plásticas, escénicas y manuales conforman este equipo. Los servicios ofertados por el programa para los adultos mayores incluyen actividades de fomento de la actividad física, la recreación y la cultura, la atención primaria para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; así como la institucionalización, los subsidios de Colombia mayor, seguridad alimentaria y la orientación psicosocial<sup>11</sup>.

De acuerdo a lo anterior, los inicios del programa estuvieron impulsados por la preocupación del municipio en la calidad de vida y el bienestar de sus adultos mayores; por lo que se da comienzo a un trabajo a principios de la década de los años 90, desde los centros de salud, las placas deportivas y la Casa de la cultura, con actividades de salud ocupacional y prácticas de actividad física. En el año 2003 se hicieron a una sede propia y allí pudieron convocar a los adultos mayores, creando el Centro Gerontológico AtardeSer a través del cual el municipio ha fortalecido su Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Este centro atiende

alrededor de siete mil usuarios, distribuidos entre su sede central, 10 descentralizados y cuatro Centros de Encuentro Ciudadano y Vida (CEC): San Marcos, El Salado, Loma del Escobero y Loma del Chocho; estos operan en zonas del municipio que recogen tanto personas mayores del área urbana como rural. AtardeSer se ha convertido en un lugar privilegiado para las personas mayores, es un territorio de encuentro y compartir, donde pueden desarrollar sus habilidades, capacidades y mantener un envejecimiento activo (Ley 1276 de 2009)<sup>12</sup>. El Centro gerontológico AtardeSer concentra el 12.72% de las personas mayores del municipio, en este se atiende población de ambos géneros y de todos los niveles del Sisben. La calidad y diversidad de programas y atenciones que se desarrollan dentro y fuera del centro para este grupo poblacional, lo han convertido en un referente a nivel local en cuanto a programas de atención integral. Esta es razón por la cual el estudio elige este contexto, pues se trata de una investigación contextualizada, de tal forma que se procede a seleccionar personas mayores beneficiarias del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, con las cuales se pueda tratar de evidenciar el impacto que dicho programa aporta al bienestar psicológico de esta población.

Sumado al reto que representa intervenir la salud mental de las personas mayores que es una preocupación en todo el mundo debido a su alta representación en la esfera poblacional, el envejecimiento también se traduce en un gran reto para los gobiernos nacional y local, pues no se trata solo de cambios demográficos; donde los movimientos poblacionales y los cambios emergentes de la epidemiología en las comunidades causan el centramiento exclusivo en la manera de intervenir las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes y los costos que estas conllevan<sup>13</sup>. El envejecimiento, reviste una transformación en la economía y en la visión de futuro que anticipa, puesto que los niveles de dependencia económica, social y sobretodo familiar, agotan las reservas disponibles para afrontar dichas situaciones<sup>14</sup>. El panorama sobre el envejecimiento poblacional ha ocasionado el replanteamiento sobre la manera como se trata el fenómeno en sí mismo, se ha planteado como un proceso diferencial, que apela a condiciones demográficas, individuales, sociales, culturales, económicas e históricas. De ahí la importancia de realizar una visión contextualizada y situada de acuerdo a estos contextos diferenciales<sup>15</sup>, tal como se ha planteado anteriormente.

Por otro lado, La mirada sobre la vejez, ha debido trascender el enfoque biologicista que planteaba esta etapa como la última del ciclo vital, hacia una concepción más de proceso, de trascurso de vida, que inicia desde el nacimiento y por el cual pasamos inexorablemente todos los seres humanos día tras día. Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ratificaban esta visión

patologicista definiendo el envejecimiento como “el deterioro de las funciones progresivas y generalizadas, que producen una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”<sup>16</sup>. Sin embargo, en la actualidad la OMS propende por el “envejecimiento activo”, que centra su foco en el desarrollo y la optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas en su proceso de envejecimiento; dicho concepto incluye un amplio panorama de campos de participación en ámbitos como el político, económico, social, cultural, espiritual y de competencias cívicas; y donde la condición física de la persona mayor no interfiere con dichos desarrollos<sup>17</sup>.

Con todo lo señalado, es importante diferenciar el envejecimiento poblacional más referido a las naciones y comunidades; y el envejecimiento individual, que reporta un proceso diferencial, multidimensional y complejo<sup>18</sup>. Dicho concepto aborda insoslayablemente el término vejez como parte del trascurso de la vida, donde se recogen una serie de experiencias vitales y que se suceden desde el mismo momento de nacer. Estas experiencias contienen un carácter único y singular, lo que permite una gran diferenciación en el cómo se atraviesa por esos momentos, por lo cual, es indispensable considerar que hay múltiples maneras de vivir y envejecer, de ser “persona vieja”<sup>19</sup>, lo cual le da un peso mayor a poder centrar la mirada en aspectos más cualitativos y singulares que viven las personas mayores a lo largo de este proceso.

Ahora bien, el incremento de las cohortes de personas mayores, y la calidad de vida de las mismas, aportan interés a los estudios de los últimos años. La vivencia del envejecimiento individual y el incremento de la esperanza de vida a los 60 años, son materia de estudio dado el futuro que se vislumbra para Colombia y un gran número de países en nuestro continente<sup>20</sup>. Se invita a centrar la mirada en un aspecto más de promoción de la salud, donde una de las prioridades está en contemplar el bienestar como un elemento del desarrollo del potencial humano. El bienestar concebido no desde una visión circunscrita a la satisfacción de necesidades materiales y de salud básicas<sup>21</sup>, sino como un aspecto integral, en el cual el Estado juega un papel preponderante a través de sus políticas de lucha contra las inequidades sociales; es decir, que el bienestar como factor de promoción de la salud, reviste mucho más que una definición escueta sobre abastecimiento de necesidades básicas que responde más a enfoques económicos. Si bien se considera que dicho concepto en términos generales ha tenido diversas perspectivas; pues el abordaje en sus orígenes se dio desde visiones instrumentalistas y económicas, este evolucionó hasta aportes más subjetivos que lo redefinieron, y se estructuró desde dos tradiciones: una hedónica que se fundamenta en la búsqueda de la felicidad donde postulan un bienestar subjetivo; y otra eudaimónica, que está asociada al desarrollo del potencial



humano y su realización, donde se habla del bienestar psicológico<sup>22</sup>. Dentro de múltiples estudios la visión que más acogida ha tenido, es la centrada en el bienestar desde lo que las personas anhelan y sienten acerca de sus vidas, es decir la tradición hedonista; pues la eudaimónica es mucho más reciente y apuesta a la responsabilidad del individuo frente a su propia existencia y al desarrollo óptimo de las capacidades y talentos<sup>23</sup>.

En las personas mayores el bienestar es traducido en elemento amortiguante de situaciones adversas que puede llegar a sentar la diferencia en los procesos de enfermedad, la mejora de la salud y la expectativa de vida; ya que por razones sociales y culturales son un colectivo sometido a diversas tensiones físicas y psicológicas. La promoción del bienestar psicológico y las emociones positivas que lo acompañan, pueden mejorar significativamente la vida y salud de las personas mayores, favoreciendo a su vez los entornos personal, familiar y social<sup>24</sup>; lo cual encontraría nuevos caminos para enrutar la presencia del envejecimiento poblacional.

Es así como estudios e investigaciones sobre el bienestar en personas mayores que se han realizado han estado más centradas en paradigmas cuantitativos y modelos de corte poblacional, apoyados en escalas e instrumentos de medición que reportan diversos aspectos medibles del bienestar. Otro tanto, presentan resultados de estudios sobre el bienestar en asociación con elementos como la salud y el apoyo social<sup>25</sup>; la salud mental y la calidad de vida<sup>26</sup>; otros con temas aún más específicos y subjetivos como la autoestima<sup>27</sup>. De igual manera, se pueden encontrar estudios donde se utilizan instrumentos que aplican valoración de la satisfacción con la vida y escalas de interacción social<sup>28</sup>. Además se encuentran caracterizaciones del bienestar psicológico en contextos específicos del adulto mayor como el señalado en Otero y Matos<sup>29</sup>. Otros autores, han llevado a cabo diversos estudios relacionados con el bienestar en la vejez, que centran su interés en la pérdida de capacidad y en el deterioro progresivo que sufren las personas a medida que avanza su proceso de envejecimiento, entre ellos, el estudio realizado por el Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario, referido al envejecimiento y su relación con la capacidad funcional<sup>30</sup>. Existen igualmente investigaciones, que abordan la pérdida de capacidad física como elemento común en la vejez<sup>31</sup>. Sin embargo estas investigaciones, no han considerado el sinnúmero de particularidades que cada uno de sus participantes ha construido en la vida a través de las decisiones que han tomado y que continúan realizando<sup>32</sup>, que además les ha permitido florecer y afirmarse como sujetos proactivos, que trabajan en pro de su bienestar y aportan a la comunidad a la cual pertenecen de diversas maneras y no solo desde una visión reduccionista de una lógica de economía de mercado<sup>33</sup>.

En la misma lógica, estudios sobre el bienestar psicológico, también llamado eudaimónico ha encontrado diversos teóricos en los cuales apoyarse, entre estos se encuentra Carol Ryff, profesora de psicología y directora del Instituto de envejecimiento de la Universidad de Wisconsin, quien formulo un modelo con seis dimensiones del bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Este modelo de alto uso en psicología positiva aplicada, además de tener presente la valoración individual también considera lo social, y el aspecto de las relaciones tanto interhumanas como con el entorno; la autora construyo posteriormente un instrumento para evaluar las dimensiones de su modelo. Las dimensiones de Ryff tienen implicaciones más cognitivas y centradas en significados, pues reportan un nivel eudaimónico del bienestar, que se centra en el desarrollo personal y en la forma como las personas se autodeterminan y explotan su potencial de habilidades y capacidades en la búsqueda de sus metas<sup>34</sup>.

Es de anotar que los estudios realizados por el grupo de investigación de Ryff, han estado especialmente vinculados a temas entre el bienestar psicológico y el estado de salud de las personas mayores<sup>35</sup>; sin embargo, todos estos estudios han tenido un corte cuantitativo y el uso de varios instrumentos de medición que incluyen indicadores biológicos; los cuales no da cuenta de las singularidades en términos de bienestar psicológico de las personas mayores; todos aspectos importantes que abogan por la pertinencia de realizar estudios con corte cualitativo, donde se puedan abordar las particularidades del vivir y envejecer en clave de bienestar psicológico, retomando las dimensiones de Ryff pero desde una visión más única; donde sean los propios adultos mayores quienes aporten sus significados sobre el tema del bienestar psicológico y como lo han configurado en sus vidas.

En consecuencia, no son prolijos los estudios publicados que centran su interés en aspectos cualitativos sobre el bienestar psicológico en las personas mayores, y en nuestro contexto no se evidencia información suficiente al respecto que pueda dar luces sobre este tema en particular. De ahí, que la pregunta orientadora de esta búsqueda este centrada en ¿qué significados en torno al concepto de bienestar psicológico tienen las personas mayores del municipio de Envigado?, pregunta que puede facilitar, el reconocimiento y la construcción de los significados que para las personas mayores son relevantes, al punto de quererlos compartir y divulgar como parte de su patrimonio y saber vivencial.

## 2. Justificación

La vejez, la senectud, la ancianidad, cualquiera sea la manera de nombrarla, se ha mirado social y culturalmente como la culminación de una vida, donde los individuos pierden sus capacidades reproductiva y productiva; una visión marginal descifrada desde la enfermedad y la incapacidad<sup>36</sup>. De esta forma la mirada clásica sobre esta etapa del desarrollo ha estado marcada por un sinnúmero de connotaciones despectivas; se ha menospreciado la población adulta mayor, lo que ha bloqueado la posibilidad de ver a este colectivo como forjador de patrimonios y fuerza creciente en el logro de objetivos sociales<sup>37</sup>.

Así mismo, es importante dirigir la mirada sobre las personas mayores, pues el aumento en la esperanza de vida y con ella, la necesidad creciente de mejorar las condiciones para transitar dichos procesos, su calidad de vida y el bienestar es foco del nuevo desarrollo social y económico en los países. Es así, como un estudio cualitativo sobre los significados de bienestar y en especial el relacionado con el bienestar psicológico, que incluye dimensiones individuales, sociales y culturales, contribuye con elementos para la toma de decisiones respecto a los programas sociales, a las oportunidades de participación, a las líneas de recomendación sobre el papel de la familia y la oportunidad que desde ella existen, para favorecerlo. Este estudio del bienestar psicológico que retoma las voces de las personas mayores, puede aportar a un cambio en las representaciones sociales de la vejez, donde sea posible una visión de integralidad sobre la vida humana, donde no se fragmente el existir como una serie secuencial de compartimentos que responden a una clasificación de capacidades según las edades.

Estudiar el bienestar psicológico de las personas mayores, permite estimular las voces individuales, su reivindicación como sujetos de la sociedad, que construyen sus propias visiones del bienestar que quieren disfrutar y alcanzar, a través de su proceso de vida y mediante el desarrollo de sus potencialidades. Son las personas mayores las portadoras de una fuerza vital que les permite reinventarse y adaptarse a las demandas de la vida cotidiana, sin descuidar su autoconocimiento y autopercepción; donde se puede evidenciar la manera cómo conciben su mundo y cómo quieren ser y estar en él, en un país y en un contexto como Colombia.

De tal forma, el desarrollar la propuesta de investigación con personas mayores beneficiarias del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del municipio de Envigado, representa una oportunidad de comprender las conceptualizaciones que estos adultos han construido en torno a su bienestar psicológico, a las maneras como lo conciben, como lo viven, como lo nombran. Envigado ha sido elegido en varias oportunidades como el municipio Antioqueño con mejor calidad de vida,

llamado en 1987 el Mónaco colombiano por la revista Semana<sup>38</sup>; resulta interesante poder realizar un acercamiento a la manera como las personas mayores que constituyen una cuarta parte de su población, conciben el bienestar dada su relación con la calidad de vida. Para el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor y sus beneficiarios, un trabajo de investigación cualitativa como este, aporta comprensiones y amplía la mirada sobre las condiciones presentes y/o ausentes, los factores y elementos que cuentan en el mantenimiento, la obtención, el disfrute y optimización del bienestar psicológico de personas mayores y por ende, de su salud mental; un aporte que pueden retomar quienes dirigen los destinos y la planificación de las acciones que se ejecutan para el mayor beneficio de la población adulta mayor que atienden.

No se conocen estudios publicados en el medio sobre la salud mental o del bienestar psicológico de las personas mayores del municipio, así mismo desde el ámbito institucional no se tienen contempladas de manera explícita estas temáticas, de ahí que volver la mirada sobre las personas mayores y los significados que han configurado sobre el bienestar psicológico, posibilita además un acercamiento más comprensivo de sus realidades cotidianas, de sus vínculos e interacciones; con el fin de orientar análisis teóricos que aporten a la noción de salud mental en la vejez, que a su vez sirvan como líneas de recomendación para programas similares en el país. Se trata de una comprensión más profunda de esta etapa vital y con ello, abrir distintas posibilidades frente a las intervenciones que desde múltiples áreas se pueden diseñar, ya no con una visión menesterosa del envejecimiento, sino apelando a la potencialidad y la visión salugénica que debe emerger en la Salud Pública.

En este sentido, promover este tipo de investigaciones dentro de la Maestría de Salud Mental, posibilita el abordaje de aspectos más positivos del envejecimiento como el bienestar psicológico, brindando una mirada más amplia y profunda de este fenómeno, lo que contribuirá al diseño de intervenciones de corte más integral en salud pública para este grupo poblacional; incentivando el abordaje sobre las potencialidades y logros que se pueden construir en este tránsito de vida, dado que la mirada sobre este bienestar presenta un carácter más eudaimónico.

Por todo lo anterior, dadas las condiciones poblacionales del municipio de Envigado y la participación del 50% de su población adulta mayor en los Programas de promoción y prevención que se generan desde la Secretaria de Bienestar social, y cuyo centro rector es el Centro Gerontológico AtardeSer; se considera pertinente realizar más investigaciones que posibiliten el acercamiento a la manera como significan el bienestar psicológico, como sienten, piensan y experimentan su vida las personas mayores en este municipio. Esta investigación y sus resultados, representan una oportunidad tanto individual como colectiva en

la implementación de acciones dirigidas al fomento de condiciones de bienestar psicológico más cercanas a la visión de los protagonistas: las personas mayores.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Comprender los significados en torno al bienestar psicológico que tienen las personas mayores que participan del Programa AtardeSer en el municipio de Envigado.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Explorar en las personas mayores participantes del estudio las dimensiones del bienestar psicológico propuestas en el modelo de Carol Ryff: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.
- Develar las categorías emergentes sobre el bienestar psicológico que aporten las personas mayores participantes del estudio, evidenciando posibles correlaciones con las dimensiones teóricas que guían la investigación.

## 4. Marco referencial

Para el desarrollo de esta investigación la base teórica y conceptual que se abordará está conformada por conceptos como envejecimiento, vejez, salud mental, calidad de vida, bienestar, bienestar psicológico, bienestar psicológico en la vejez y otros constructos que se retoman pues representan aspectos pertinentes y correlacionales al bienestar psicológico.

### 4.1 Envejecimiento

Muchas son las concepciones que sobre el envejecimiento y la vejez se han construido y estas tienen múltiples connotaciones según el foco desde el cual se mire. Ambos términos pueden llegar a ser tratados como si se hablara de lo mismo; hablan del envejecimiento como una de las etapas del ciclo vital que genera cambios irreversibles y patogénicos; y lo consideran un proceso psicobiológico, psicoafectivo y social<sup>39</sup>. Para la Salud Pública en cambio es importante hacer la diferenciación entre vejez y envejecimiento, y entre envejecimiento individual y el poblacional.

Es así como el envejecimiento está enmarcado en un proceso por el cual atraviesa toda la población, y en esta mirada, converge una preocupación centrada en condiciones que apuntan a la dependencia y carga económica que esta condición representa tanto para las familias como para la comunidad y el Estado<sup>40</sup>.

El envejecimiento también ha tenido como parte de su construcción conceptual toda una serie de posturas que van desde las biológicas, psicológicas, sociales como culturales. La postura biológica plantea el envejecimiento como una condición marcada por los diferentes organismos, sistemas y tejidos; con una visión más funcional, con afectación gradual de las capacidades, donde intervienen factores genéticos y ambientales<sup>41</sup>. En cuanto al envejecimiento desde la visión psicológica, Hans Thomae lo aborda desde la interacción, de consistencia y cambio; mientras otros como Paul Baltes lo miran a manera de un intercambio de posibilidades y limitaciones<sup>42</sup>. Sin embargo, una de las reflexiones más recientes en torno a la visión psicológica del envejecimiento está en el reconocimiento que “hay tantas formas de vivir y envejecer, así como de ser persona vieja, como seres humanos existen”<sup>43</sup>.

Por otro parte desde una concepción cultural, el envejecimiento es abordado desde las relaciones interpersonales, las influencias que se comparten con otros en la forma de ver, en las concepciones sobre el mundo y el hecho de envejecer<sup>44</sup>. Así, desde las nociones sociales, el envejecimiento se aborda como realidad social cambiante, desde la teoría de la construcción social de las edades, una

construcción social que implica procesos biológicos y que a su vez, la moldean las normas y factores sociales<sup>45</sup>.

Elisa Dulcey, reconocida investigadora del fenómeno, plantea que el envejecimiento reviste un proceso continuo del nacer al morir, pues ya desde el nacimiento cada sujeto va experimentando cada hora, cada día una continuidad de cambios y transformaciones que no cesan hasta el fin de sus días. Bourdieu, citado por Dulcey, lo enuncia como un camino, una carrera con sus encrucijadas<sup>46</sup>.

En Colombia, los adultos mayores perciben el envejecer como el resultado de lo que se ha construido en la vida y mencionan: “estoy recogiendo lo que sembré”. Añoran la juventud como un período de bienestar, sueños y retos, y valoran la vejez con sus pérdidas y ganancias<sup>47</sup>. En la Política Colombiana de Envejecimiento del 2014 – 2024, se habla de envejecimiento humano y lo definen como “un proceso multidimensional de los seres humanos, que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia en la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte”<sup>48</sup>.

Ahora bien, desde la Salud Pública es importante diferenciar el envejecimiento individual del poblacional; donde el primero remite a las vulnerabilidades por el deterioro progresivo que acompaña la edad en relación a las funciones biológicas, el cual puede ocasionar que el individuo sea susceptible de enfermarse y ser afectado por otros factores. En cuanto al envejecimiento poblacional que ya se hizo referencia en párrafos atrás, este representa el aumento de la población adulta mayor sobre el total de la población debido a fenómenos como la transición demográfica y la epidemiológica<sup>49</sup>.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con miras a enfrentar el fenómeno de envejecimiento demográfico de las Naciones, planteó una nueva manera de concebir el envejecimiento, una mirada que la denominó “envejecimiento activo”, definido como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen<sup>50</sup>. El envejecimiento activo permite que las personas desarrollen su potencial de bienestar físico, psíquico y social, se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo; además, pretende mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura. El envejecimiento activo implica entender esta etapa de la vida como un ciclo más de crecimiento personal, añadiendo “vida a los años y no solamente años a la vida”<sup>51</sup>.



## 4.2 Vejez

La vejez es una construcción social, cuyos significados “obedecen a procesos de confrontación que establecen actores específicos, que se inscriben en el plano nacional, pero que se conectan con discursos ideológicos y transformaciones políticas y económicas internacionales y nacionales”<sup>52</sup>; por lo cual estaría determinada por entornos sociopolíticos. Así mismo, también es denominada como última etapa del ciclo vital, está considerada como un hecho biológico por el cual atraviesa el individuo y frente al cual se deben posibilitar una serie de acciones que mejoren el tránsito por dicha etapa. La vejez considera además, aspectos ligados a cambio de roles y posición social, donde se enfrenta la pérdida en relaciones interpersonales en sus redes más cercanas<sup>53</sup>, lo que marca significativamente a las personas mayores.

En efecto, la vejez ha sido un fenómeno que si bien se ha trabajado desde la perspectiva de la consideración y el cuidado de las personas mayores, ha tenido un halo donde la rodean visiones más pesimistas sobre esta transición; el declive vital, el derrumbamiento y la discapacidad como características inherentes a ella; todo esto hace que se invisibilicen otros aspectos que se vivencian en esta fase. Si bien se trata de una edad que se experimenta de manera individual, su tránsito puede estar bajo diversas condiciones tanto físicas como psicológicas. Hay quienes señalan que la vejez está asociada a la edad cronológica, como un estadio final del proceso vital, se habla de un grupo de personas que están ubicadas en un segmento de los individuos más viejos de las poblaciones. Sin embargo, no se debe considerar como un estado sino como un proceso diferencial y gradual, en que intervienen una serie de elementos como la economía, el nivel de salud, modelos de conducta, la religión, la política, la moral, la marginación y hasta la capacidad de cubrir las necesidades básicas<sup>54</sup>.

Autores como Josep Fericgla, antropólogo y psicólogo español coinciden con esta apreciación del concepto de vejez y lo define como un concepto cultural relacionado además con las formas de parentesco, la capacidad de automantenimiento y otros ámbitos culturales y sociales. Tener en cuenta todos estos aspectos para hablar de la vejez tiene un carácter obligado ya que reviste implicaciones más allá de las que tocan a las familias<sup>55</sup>. Además el autor ilustra el ejemplo de las sociedades industrializadas, donde el concepto de vejez “esta intrínsecamente determinado por el proceso de producción, por el consumo de determinadas tendencias y también por los ritmos vitales impuestos por la industrialización”<sup>56</sup>.

Por otro lado, Rocío Fernández-Ballesteros (2008) postula que si bien la vejez se ha considerado como una etapa de la vida negativa, donde se han tenido muchas pérdidas relacionadas con seres queridos, poder económico y otras más

individuales como la pérdida de capacidades visuales y auditivas; a pesar de todo, en la vejez no existen indicadores reportados de menor bienestar, felicidad o satisfacción con la vida<sup>57</sup>. Dulcey, quien ha trabajado ampliamente el asunto del envejecimiento y la vejez en Colombia, también es partidaria de abordar el tema de la vejez como el resultado del proceso del desarrollo-envejecimiento a lo largo de la vida. Además plantea que para esclarecer el significado de la vejez, se deben considerar complejas interrelaciones, condiciones físicas, sociales, culturales, económicas, políticas e históricas en las que se desarrolla ese transcurso de vida. De ahí que los estudios sobre la vejez no pueden desligarse de los que abordan el envejecimiento<sup>58</sup>.

### **4.3 Calidad de vida**

El concepto es ante todo un constructo social que ha estado asociado al bienestar, que primero fue vinculado al mundo de la producción y la industria, en términos de relación a la concepción inicial de calidad, donde se medía la optimización de productos. Posteriormente, evoluciona desde una visión más biomédica y de la salud hacia las ciencias sociales donde se asoció a los derechos humanos y donde recogieron tanto elementos sobre las circunstancias materiales de la vida de los sujetos como a su vida social y el cuidado de la salud. Es decir que el concepto de calidad de vida, se tornó en un constructo multidimensional con elementos tanto objetivos como subjetivos<sup>59</sup>.

Autores como Nussbaum y Sen, han integrado bienestar asociado a calidad de vida en dos sentidos; el bienestar entendido como “estar bien” (well being) y bienestar como “beneficencia” (welfare); estos autores integran el concepto de capacidades para evaluar la calidad de vida y el bienestar desde la perspectiva de estar bien; desde esta perspectiva de capacidades, se concibe lo que las personas pueden hacer y lograr a lo largo de sus vidas, incluyendo los aspectos más sencillos de la cotidianidad como los que se ocupan de logros relacionados con la integración a la sociedad, la participación y la solidaridad<sup>60</sup>; toda esta visión va muy articulada a la concepción de bienestar eudaimónico donde se apunta a la búsqueda del desarrollo pleno de habilidades y potencialidades.

Por su parte, la OMS plantea la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”<sup>61</sup>. De tal forma que para hablar de calidad de vida en la vejez se deben considerar aspectos como la situación económica, los estilos de vida, las condiciones de salud, la satisfacción personal, las condiciones de vivienda y el entorno social que circunscribe a este grupo poblacional. Además, la calidad de vida se debe considerar de individuo a individuo y de lugar a lugar, pues está

enmarcada en la percepción de bienestar que experimentan las personas, representada en la suma de elementos objetivos y subjetivos<sup>62</sup>.

De otro lado, la CEPAL (2002) identifica tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad de vida en la vejez; por un lado a nivel de mercado: el incremento de este grupo poblacional causa modificaciones tanto en la oferta como en la demanda de bienes y servicios. A nivel de la sociedad, este mismo fenómeno provoca en la familia y las comunidades nuevas formas de organización social y se convierte en un desafío para alcanzar el bienestar. Y por último, a nivel estatal, se generan tensiones relacionadas con el sistema de seguridad social y la competencia laboral<sup>63</sup>.

#### **4.4 Salud Mental**

La salud mental se presenta como un concepto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar; estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen<sup>64</sup>.

Con la creación de la OMS y su comité de expertos en Higiene Mental (1949), se plantea una definición sobre la salud mental que involucra factores tanto sociales como biológicos; implicando la capacidad de los individuos para establecer relaciones armoniosas con otros y participar en acciones transformadoras de su ambiente físico y social. Para el comité, la práctica de la salud mental requiere que las personas se cuestionen en relación a sus vínculos e interrelaciones y que se les dé una significación y valor, pues estas tienen una gran influencia en el desarrollo de la personalidad y la salud mental<sup>65</sup>. Dicho concepto ha sobrevivido con algunas modificaciones, aunque sigue centrándose en condiciones políticas y sociales más que afianzarse en estudios o evidencia científica<sup>66</sup>. La percepción sobre la salud mental a pesar de los años, las luchas de oposición y algunos avances, está igualmente permeada por una visión de enfermedad más que de salud, aunque ahora se vislumbra el reconocimiento de las potencialidades y capacidades humanas.

En Latinoamérica las concepciones sobre la salud mental tomaron otros rumbos muy disimiles a los planteados hasta el momento desde Norteamérica y Europa, la visión latina se ha centrado en posturas de corte más social; en parte por las múltiples crisis económicas y políticas que se han afrontado, donde cobra relevancia el cambio de pensamiento de un paradigma permeado por el modelo biomédico, a la mirada centrada en las personas y sus condiciones de vida<sup>67</sup>.

Dicha mirada se puede percibir en organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para quienes la salud mental también abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental; además, la dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, que les permite actuar en la transformación de sus condiciones y la calidad de vida<sup>68</sup>, es precisamente sobre esta mirada de la salud mental, desde donde esta investigación se asienta.

Ahora bien, con enfoques innovadores y humanizados empiezan a cobrar sentido las diferentes concepciones que se gestan alrededor de la salud mental, posibilitando una mirada desde el plano de la Salud Pública que piense en el bienestar colectivo y los intereses específicos de acuerdo a las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas de las comunidades<sup>69</sup>; considerando igualmente, el fortalecimiento de estrategias de participación, de promoción de la salud mental y no de enfermedad mental; donde se elaboren políticas públicas saludables, la creación de ambientes de apoyo, el desarrollo de habilidades personales, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la reorientación de servicios de salud<sup>70</sup> ubicando como elemento central el bienestar.

Son muchas las directrices internacionales que avalan estas nuevas miradas (Declaración de Caracas 1990, Brasilia 2005, Consenso de Panamá 2010), así como la formalización de políticas y planes de diferente orden territorial (Ley 1616 de 2013 y Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021).

Es de considerar que el tratar de exponer una definición única de la salud mental se convierte en una tarea bastante compleja, pues no hay una visión unificada de la misma, donde lo epistemológico, teórico y metodológico se encuentren de manera consistente<sup>71</sup>.

#### **4.5 Salud mental positiva**

Este es un concepto íntimamente ligado a constructos como calidad de vida y bienestar, donde además se presentan opciones diferentes a las miradas clásica biomédicas o comportamental de la salud mental<sup>72</sup>. El término de salud mental positiva presenta dificultades en una definición precisa, sin embargo esta incluye un estado emocional positivo, un modo de pensar optimista del entorno y las personas, así como una visión de futuro positivo y un modo adaptativo de interpretar la realidad<sup>73</sup>.

Enfoques como el salutogénico, centrado más en las potencialidades y la capacidad del individuo para afrontar el estrés y las situaciones complejas; van en dirección similar al resiliente, al psicoanalítico y al de Calidad de vida que señala la

OMS en su informe sobre la promoción de la salud mental<sup>74</sup>; modelos que también son citados en otros estudios sobre el concepto de salud mental positiva<sup>75</sup>. La salud mental positiva es un campo que se viene desarrollando desde hace un poco más de 50 años, motivado en primer lugar por las corrientes hedónica y eudaimónica de la motivación humana, que ya se han citado anteriormente; donde la primera está más enfocada en las experiencias positivas obteniendo el máximo beneficio y por el lado eudaimónico, está la búsqueda continua de las capacidades y la realización humana. Además de la presencia de estas, la salud mental positiva está influenciada por la concepción de la salud como constructo independiente de la enfermedad, donde se apela a esta como recurso y proceso dinámico<sup>76</sup>.

Indudablemente, la salud mental positiva todavía está en construcción, son muchos los autores que han aportado a su configuración desde 1958 cuando aparece por primera vez el concepto con Maria Jahoda, quien realiza el desarrollo de un estudio sobre la salud mental y desarrolla un modelo de seis dominios (actitudes hacia ti mismo, crecimiento y autoactualización, integración, autonomía, percepción de realidad y dominio del entorno). Posteriormente, Lluich propone un modelo reestructurando el de Jahoda y se queda con seis factores generales (satisfacción personal, actitud prosocial y habilidades de relación interpersonal, autocontrol, resolución de problemas, autoactualización, y autonomía) y de acuerdo con estos desarrolla el primer cuestionario para evaluar la salud mental positiva. Luego de estos avances se dan una serie de teorías que abordan el bienestar como constructo central y autores como Carol Ryff, Coray Keyes, Edward Deci y Richard Ryan, Diener, y Martin Seligman, son algunos de los autores que postularon modelos que hoy en día se han constituido en material de consulta para investigaciones y estudios sobre el bienestar desde una postura más salugénica<sup>77</sup>.

En resumen, la visión positiva de la salud mental requiere un viraje sobre los aspectos positivos y las metodologías que puedan rastrear indicadores como los de bienestar, y se puedan identificar condiciones propicias que posibiliten prosperar esta línea sobre la mirada de la salud mental. Además, según la OMS “la salud mental positiva contribuye al capital social, humano y económico de cada sociedad”<sup>78</sup>; una afirmación que puede estimular investigaciones más amplias sobre esta joven corriente.

**Salud mental y envejecimiento.** Según Harlem Brundtland, destacada política noruega quien lideró la OMS, y que ha realizado varios estudios sobre desarrollo y demografía, ha planteado tres aspectos determinantes de la salud mental: la velocidad propia del mundo actual, la pobreza y el envejecimiento, este último ocupa el tercer lugar y lo identifica como un problema gradual y constante debido a su incremento; la autora resalta la presencia de desórdenes mentales derivados

del proceso de envejecimiento<sup>79</sup>. Contraria a esta postura, es la que sostiene la Federación Mundial de Salud Mental que publica en uno de sus informes: “muchas formas de enfermedades mentales pueden comenzar tarde en la vida, ellas no son una parte inevitable del proceso de envejecimiento”<sup>80</sup>. Autores como Fragoeiro, Pestana y Paul citados en el estudio de Cuadra-Peralta y colaboradores, amplían el término de salud mental referido a las personas mayores desde una mirada más positiva de esta, la señalan como “un recurso intelectual y emocional que fortalece tanto el bienestar personal como la integración social”<sup>81-82</sup>.

En Colombia el acercamiento a una Política Nacional de salud mental compromete componentes esenciales en su intervención que se deben considerar tales como la pobreza, el envejecimiento, el significativo deterioro de la calidad de vida y la vida mental de los colombianos; todo esto planteado como desafío para el alcance de la política<sup>83</sup>.

Por tanto, la salud mental reúne aspectos tanto positivos como negativos que se deben considerar en cualquier momento del transcurso de vida, en las manos de la psicología positiva está el viraje de visión fatalista sobre la salud mental y el envejecimiento, centrada solo en trastornos y déficits; hace falta una mirada más subjetiva, enfocada en las potencialidades, las fortalezas, habilidades y competencias que llevan a los sujetos a vivir y disfrutar una buena vida<sup>84</sup>.

#### **4.6 Bienestar**

El bienestar como concepto ha ido en evolución desde sus primicias, inicialmente fue estudiado bajo dos perspectivas; una principalmente económica que lo consideró desde una óptica mercantilista y aunada a aspectos relacionados de condiciones de vida como el empleo, la vivienda, la alimentación y las situaciones del entorno. Considerado desde este punto de vista el bienestar estuvo directa y proporcionalmente relacionado con términos como nivel de vida y calidad de vida; con este último como ya se citó anteriormente tiene génesis comunes. Luego de algunos años, se amplía la visión sobre el concepto y es donde adquiere un carácter multidimensional que agrupa aspectos tanto económicos y sociales como factores relacionados con la interacción social y con la visión subjetiva de la vida<sup>85</sup>. Posturas como la cultura de Bután, plantean una visión sobre el bienestar que va más allá de lo que hasta el momento se ha contemplado; allí un grupo de economistas independientes crearon el índice de bienestar del planeta, también llamado índice de felicidad, y mencionan que este “es una combinación de condiciones de vida que permitan vivir bien, de satisfacción con la vida y de cuidado del medio ambiente”<sup>86</sup>.

Es importante considerar las construcciones multiculturales que sobre el bienestar han hecho otras etnias y culturas, conceptos como buen vivir, vida buena o Sumaq Kawsay, Suma Qamaña, Balu Wala, en las lenguas de algunas culturas originarias. En estas se plantea el bienestar como un asunto que se debe abordar con una visión amplia y profunda que entrelaza diversas culturas y maneras de ver y ser en el mundo, se da una identidad de valor a la naturaleza, se la desobjetiviza y se exalta<sup>87</sup>. El buen vivir plantea una nueva existencia en medio de la crisis de occidente, la vida cobra múltiples sentidos y con ella se da el surgimiento de nuevas subjetividades; por lo cual a este buen vivir no lo enmarca una sola definición que aplique de manera universal, se plantean por el contrario “buenos vivires”, como la representación de un proceso en construcción permanente, donde se da un pleno respeto y aceptación si se quiere por las formas de construir las visiones del mundo a través de las razas, culturas y sociedades que coexisten en el territorio<sup>88</sup>. De ahí que la propuesta de una cultura basada en el buen vivir, inspirada en la vivencia de pueblos indígenas andinos y amazónicos, compromete maneras dignas de interrelación con la naturaleza, con los otros y con lo que nos rodea como humanos. El buen vivir recoge una variedad de elementos que entran a condicionar las acciones humanas, que incluyen elementos centrales como el conocimiento, la conducta ética, los valores, la espiritualidad, la relación con el entorno y la visión de futuro<sup>89</sup>.

En otros estudios e investigaciones sobre el bienestar se han identificado dos tradiciones que ya se han visto en apartados anteriores y que, en este se expondrá el origen de dichas tradiciones; de un lado está la tradición hedónica considerada la más antigua, que se refiere a que la conducta humana estaría orientada a obtener el máximo nivel de beneficio frente a las vivencias y experiencias, así que potencializa las positivas y minimiza las negativas. Mientras la tradición eudaimónica, defiende el continuo proceso de desarrollo en el ser humano, de sus capacidades y aspiraciones<sup>90</sup>.

En concordancia con lo anterior, autores como Ryan y Deci, citados por Zubieta y colaboradores, han clasificado dos tipos de bienestar dependiendo de los objetivos vitales que el sujeto se proponga: de un lado está el bienestar hedónico o subjetivo (subjective well being) que impulsa la búsqueda de placer o satisfacción, y del otro, el eudaimónico o psicológico (psychological well being) que se orienta a la búsqueda del significado de la vida<sup>91</sup>.

Son varios los modelos psicológicos del bienestar que se han postulado y gran parte de ellos le apuntan al estudio de lo positivo. El primero de ellos es el de Maria Jahoda (1958) quien en un informe para la Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental, que ya antes fue mencionado cuando se tocó el concepto de salud mental positiva, abordó ampliamente el concepto de salud mental bajo un modelo compuesto por dominios y subdominios. Este modelo

resalta la importancia de considerar tanto aspectos de la salud física como aspectos sociales, este conjunto de elementos podrían dar cuenta de la salud mental positiva de las personas tanto las sanas como las que padecen alguna enfermedad mental.

Otro de los modelos que emergieron a partir de esfuerzos de autores humanistas como Carl Rogers (1963) y Abraham Maslow (1943), fue el propuesto por Edward Deci y Richard Ryan (2000); ambos autores organizaron como se citó anteriormente en los estudios sobre el bienestar, postulando un modelo llamado teoría de la autodeterminación en el cual se plantea el bienestar como la consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo que implica tanto una adecuada satisfacción de necesidades psicológicas básicas, como un sistema de metas que deben ser de naturaleza intrínseca y que deben guardar coherencia con los intereses del individuo; según este modelo, las personas que presentan mayores niveles de bienestar son las que tienen metas coherentes con sus valores e intereses<sup>92</sup>.

Igualmente, otro modelo que se desarrolló en torno al Bienestar es el de Corey Keyes (2003), quien propuso el llamado “bienestar social”; en este se distinguen tres ámbitos diferentes para operativizar la salud mental positiva, que incluyen el bienestar emocional, el psicológico y el social. En este modelo se amplía la mirada pasando de una visión más subjetiva a otra más social y comunitaria, se logra integrar ambas tradición hedónica y eudaimónica. A su vez, Martin Seligman (2003), construyó el “Modelo de las tres vías”. Seligman postulo tres dimensiones que darían cuenta del bienestar, una de ellas la vida placentera (pleasant life), que involucra las emociones placenteras del presente, pasado y el futuro; otra, la vida comprometida (engaged life), referida a las fortalezas personales en la vida diaria, y por último, la vida significativa (meaningful life), que habla del sentido vital y el desarrollo de objetivos<sup>93</sup>.

#### **4.7 Bienestar psicológico**

El modelo de Bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff (1989) una de las autoras más destacadas de la tradición eudaimónica, se centra en el desarrollo personal y en la forma como las personas buscan, luchan y alcanzan sus metas; este enfoque pone la mirada en un sujeto que se autodetermina, de tal manera que genera sentimientos de satisfacción frente a sí mismo y los carga de energía vital. Además, esta mirada sobre el bienestar recoge aspectos muy variados que van desde la valoración de lo individual como de lo social, pues tiene en cuenta la percepción sobre sí mismo, así como la conformación de vínculos con los demás y las interrelaciones con el medio que los rodea<sup>94</sup>. Desde esta perspectiva la autora



ha centrado su definición del bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de sí mismo.

Según Ryff, hay seis aspectos del bienestar óptimo a nivel psicológico, que obliga a las personas a desarrollar su potencial para enfrentar los retos y desenvolverse positivamente<sup>95</sup>: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Así pues, la autoaceptación es la capacidad que tienen las personas de sentirse bien consigo mismas, teniendo en cuenta sus propias limitaciones. En las relaciones positivas con otras personas, en esta se consideran las relaciones sociales que se establecen y la manera como las conducen. Con la autonomía se apela a la forma como las personas mantienen su individualidad y autodeterminación en diferentes situaciones sociales y bajo la influencia de otras personas, además aborda la independencia y la autorregulación del comportamiento. El dominio del entorno conlleva la capacidad para elegir o crear entornos favorables para el sujeto de acuerdo a sus necesidades; en esta es importante el control sobre el mundo y las situaciones que lo rodean. Con relación a Propósito en la vida, este se refiere a las metas y objetivos que el sujeto se fija para darle sentido y rumbo a su propia vida. Y finalmente, el crecimiento personal se traduce en el interés por desarrollar las capacidades y potencialidades al máximo<sup>96</sup>.

Estas seis dimensiones actúan más como índices de bienestar que como predictores. La autora Carol Ryff construyó una escala para evaluar estos aspectos y ha desarrollado varias investigaciones de corte cuantitativo con el ánimo de dar mayor validez a su modelo<sup>97</sup>.

#### **4.8 Bienestar psicológico en la vejez**

El bienestar en la vejez, ha sido estudiado desde diversas perspectivas, algunos estudios lo llaman bienestar personal, incluyen la satisfacción con la vida y el que sea de carácter exitoso dependerá de asuntos como la satisfacción, la felicidad y la vida, que a su vez incluirá aspectos morales, de actitudes y de competencias; con un acercamiento así, se posibilita conocer el proceso de envejecimiento y la realidad social de las personas mayores. Este tipo de estudios se interesan por abordar asuntos relacionados con la satisfacción actual e incluye la percepción sobre las circunstancias presentes. La satisfacción con la vida, involucra los logros y aspiraciones a lo largo del tiempo; el estado de ánimo positivo apela a un balance entre los sentimientos positivos y negativos; y por último, la percepción de felicidad, esta dada como la expresión de sentimientos experimentados y su valoración<sup>98</sup>.

Fabiana Del Popolo, especialista en asuntos de población y asesora de la CEPAL, planteó un índice para medir el bienestar en personas mayores con indicadores como: longevidad, traducido en esperanza de vida a partir de los sesenta años; conocimientos, que representa el porcentaje de alfabetización y promedio de años estudiados; y finalmente, nivel digno de vida, donde se tiene presente el porcentaje de personas por encima de la línea de pobreza, la cobertura de previsión social y el monto promedio de las pensiones<sup>99</sup>. De tal forma, que ahondar en el bienestar de las personas mayores requiere tener presente un continuo de factores multidimensionales que abarquen la complejidad de la experiencia en el transcurso de vida de estas personas.

Por otro lado, Anita Liberalesso Neri (2002) psicóloga brasileña menciona que el bienestar subjetivo en la vejez está relacionado con “cómo y el por qué las personas vivencian sus vidas de manera positiva”; de tal forma que el bienestar psicológico para esta autora es otra manera de referirse al bienestar subjetivo y como tal, este conlleva la valoración positiva de la vida y de la satisfacción alcanzada en ella<sup>100</sup>.

#### **4.9 Otros aspectos asociados al Bienestar psicológico en la vejez**

##### **(Categorías emergentes en la investigación)**

**Adultos mayores agentes de su propio bienestar.** Las personas mayores manifiestan el deseo de alcanzar sueños y proyectos de mediano y corto plazo, ellos construyen experiencias y manifiestan sus expectativas y posibilidades; no se resignan a encajar en los roles que les asignan desde lo convencional, se dan a la tarea de ejercer su participación dentro y fuera de su círculo familiar y realizan un manejo del entorno que les permita resignificar sus vidas dotándolas de sentido y dirección<sup>101</sup>. Modelos como estos son los que proponen una visión sobre las “personas mayores como agentes activos, participativos y con responsabilidad no sólo en su cambio, sino en la detección y evaluación de sus necesidades”<sup>102</sup>.

Otros estudios remiten al uso de la palabra empoderamiento<sup>103</sup> como un término que describe ampliamente la búsqueda de poder y sobre las decisiones, en especial aquellas que inciden directamente en la búsqueda de bienestar; lo cual entra a marcar de manera considerable la percepción sobre sí mismos y sus capacidades. Rowlands, citado por Iacub y Arias, plantea tres dimensiones<sup>104</sup> de este tipo de empoderamiento; lo personal que aplica en el desarrollo de capacidades y la autoconfianza; las relaciones próximas, que aluden a la influencia que se tiene dentro de las relaciones que se establecen; y finalmente, la dimensión colectiva, que conlleva un ejercicio de participación y logro con fines comunes. Desde estos puntos de vista, las personas mayores tendrían nuevos

roles que asumir y validar dentro y en varios niveles de su entorno, supone la proactividad que impulsa una mirada desde el reconocimiento del valor y las capacidades de este grupo poblacional, que redundan en un mejor nivel en su calidad de vida y un adecuado funcionamiento emocional y psicológico. Autores como Dulcey-Ruiz y colaboradores<sup>105</sup> también identificaron esta autoderminación y lo hablaron en términos de control sobre la propia vida y enunciaron el término “autonomía decisoria”, que mencionan es un factor importante en la calidad de vida de las personas mayores.

**Salud-enfermedad.** Los procesos de salud-enfermedad se enfrentan de manera individual, cambios y modificaciones en funcionalidad y deterioro natural orgánico es esperado; además las características sociales y del entorno afectan positiva o negativamente dichos procesos. La salud es un estado al cual todas las personas aspiran y buscan alcanzar. El asunto de la salud está determinado según la OMS en aspectos relacionados con tres dimensiones, física, mental y social, y en las personas mayores está prioritariamente asociada con la autonomía y la funcionalidad<sup>106</sup>; además, ligado a la subjetividad, pues depende de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social<sup>107</sup>. Hay otros estudios que relacionan la salud con aspectos físicos que implican no estar o sentirse enfermo, no tener dolor y ejercer la capacidad de valerse por sí mismo; también se consideran aspectos económicos como poder trabajar, disfrutar de una pensión o tener recursos para cubrir las necesidades. De otro lado, se incluyen los aspectos familiares y sociales que implica el tener el apoyo y la compañía de la familia y poder establecer relaciones por fuera de esta red<sup>108</sup>.

Así mismo, asuntos como poder realizar actividades cotidianas de manera independiente, disfrutar de la compañía y espacios en familia, están ligados a la manera como las personas mayores significan su estado de salud; además en estos habita una clara asociación entre la salud y la enfermedad, pues la presencia de una, habla de la ausencia de la otra. Se rescatan otros aspectos que entran a influenciar ambos estados, pero que no están arraigados en la condición física. La ausencia de dolor, la presencia de enfermedad y tristezas, también encuentran una significación en las personas mayores que buscan adaptaciones del entorno para enfrentar dichos eventos<sup>109</sup>. A la par de estas circunstancias que deben enfrentar las personas mayores se presentan paralelamente implicaciones de orden económico, familiar y social, pues estos procesos exigen poner en marcha toda serie de recursos personales y colectivos.

**Espiritualidad.** Una de las categorías que se puede evidenciar de manera contundente en los significados construidos y compartidos por las personas mayores del estudio, está asociado a la espiritualidad como elemento fundamental en las vidas de estas personas y que atraviesa de principio a fin todo evento y situación. La espiritualidad según plantean autores como San Martin Petersen<sup>110</sup>

puede ser confundida con la religiosidad, sin embargo, se hace unas distinciones importantes para determinar qué campos cubren una y otra. Del lado de la religiosidad, se enmarcan aspectos más de naturaleza social, que incluyen las formas y prácticas formalizadas que se toman en cuenta para entrar en contacto con lo divino. Mientras del lado de la espiritualidad, se remite a una experiencia más íntima y personal, que tiene un carácter más plural en el acercamiento a lo sagrado. Así mismo, plantea San Martín que la espiritualidad tiene un carácter universal que orienta la existencia y las interrelaciones entre los seres humanos<sup>111</sup>. Entre los efectos positivos de la espiritualidad en la vida de los adultos mayores se tiene que ésta opera como un modulador efectivo al momento de enfrentar factores estresores, como eventos de enfermedad y eventos vitales negativos<sup>112-113</sup>.

En la misma dirección, hay autores que plantean que la práctica de la religión trae consigo algunos beneficios psicológicos a las personas mayores<sup>114</sup>, donde se puede evidenciar una visión de la vida más positiva, significados frente a la vida que atraviesan además las relaciones que instauran con sus redes más cercanas, y mayor capacidad para enfrentar las situaciones difíciles de la cotidianidad tal como lo señalaba San Martín. Además, hay quienes plantean que la presencia de la espiritualidad en la personalidad de las personas mayores genera un impacto positivo en la salud de estas, pues las estrategias de afrontamiento los protegen contra la enfermedad o las pérdidas<sup>115</sup>.

**Familia.** La dimensión familiar contribuye a la calidad de vida, a la vez que es la principal fuente de ayuda, compañía, cuidado y respeto para personas de avanzada edad. La familia se constituye en su principal recurso, se traduce en la red de apoyo más importante y vital en momentos en los cuales no existe acción de redes formales<sup>116</sup>.

En las personas mayores el sentirse útiles y necesarios dentro de sus familias, repercute positivamente en sus condiciones de salud y bienestar; estas personas al sentirse necesitadas por los suyos suelen vivir más y mejor. Además, muchos de los adultos mayores realizan labores de cuidado de otros miembros más jóvenes de la familia<sup>117</sup>, desempeñando procesos de acompañamiento dada la necesidad de los padres jóvenes de ocuparse en la vida laboral, por lo cual el “abuelazgo” entra en vigencia así como ocuparse de labores cotidianas del hogar como compras y reparaciones.

En conclusión, la familia es un factor importante en la calidad de vida de las personas mayores, en esta buscan cubrir sus necesidades sobre todo las relacionadas con afecto, comunicación, intimidad, confianza, pertenencia, compañía y solidaridad, entre otros<sup>118</sup>. En las personas mayores está preservado el sentido de la familia unida, que se apoya y de la cual se esperan cuidados y

solidaridad mutua, como parte de un ideal que se ha diseminado culturalmente a lo largo de los años y que en estas personas perdura, a pesar de continuos cambios en la estructura y dinámica de esta institución social.

**Pareja.** La relación de pareja en las personas mayores está atravesada por las características del vínculo, que en este grupo poblacional es central dentro de su red de apoyo social. Entre las funciones que cumplen este tipo de vínculos y la red de apoyo que proveen, se encuentran algunas muy significativas como la compañía social, el apoyo emocional, la guía y quien aconseja; además de atributos como la reciprocidad y la intimidad<sup>119</sup>.

En investigaciones que se han realizado explorando las relaciones de pareja, aspectos como la comunicación, la manera de resolver conflictos y enfrentar situaciones, están asociadas a la satisfacción que proporcionan; de tal forma, que en las personas mayores que tienen presente en su vida este tipo de vínculo, disponen de ayuda instrumental y emocional, pues además este vínculo es central en sus vidas y les aporta altos niveles de satisfacción<sup>120</sup>.

Ahora bien, con la pérdida de la pareja se suscitan cambios a nivel individual y familiar, pues a pesar de las situaciones conflictivas y complejas que se viven en la vida conyugal, la viudez sigue siendo un evento cargado de tristeza y soledad. Aparecen estos sentimientos, que en muchos casos se compensan con el fortalecimiento del intercambio generacional con hijos y nietos<sup>121</sup>.

## 5. Metodología

### 5.1 Diseño metodológico

El diseño constituye la estructura y dirección de cualquier propuesta de investigación. Bajo el enfoque metodológico del interaccionismo simbólico se desarrolló un estudio cualitativo de caso, pues este enfoque propone un camino posible para ahondar en la comprensión de los procesos de interacción social, que está relacionado con los significados, la interpretación y la construcción de sentido. “La investigación cualitativa no constituye solamente una manera de aproximarse a las realidades sociales para indagar sobre ellas pues sus propósitos se inscriben también en un esfuerzo de naturaleza metodológica y teorica”<sup>122</sup>.

Bajo este enfoque se buscó dar mayor importancia a los significados que las personas construyen a partir de las interacciones, de ahí que el foco se centró en lograr mayor especificidad y profundidad sobre las significaciones que han construido las personas mayores acerca el bienestar psicológico. Esta lógica investigativa permite ahondar en las significaciones centrando la mirada en el sujeto y sus vivencias tanto individuales como las construidas colectivamente en el mundo que les rodea<sup>123</sup>.

El diseño elegido para abordar la pregunta de investigación fue el de estudio cualitativo de caso, pues se trató de abordar esta realidad desde una visión particular, apuntando a develar una construcción subjetiva; donde además se realizó una descripción detallada y densa del fenómeno que se quiso abordar en las personas mayores, permitiendo contemplar de una manera situada y contextualizada de sus propias vivencias en torno al bienestar tal y como lo conciben. Su visión heurística permitió la comprensión del evento y pudo brindar mayor esclarecimiento frente a los significados que han construido los sujetos de este grupo selecto. Igualmente, este diseño permitió el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos<sup>124</sup> que nutrieron sus visiones intersubjetivas.

En relación con el diseño del estudio de caso, Yin plantea que se deben considerar cinco componentes: las preguntas de investigación, las proposiciones teóricas; donde ambas cuentan con los conceptos o las dimensiones que deben aportar información; la unidad o unidades de análisis que en esta investigación están representadas por las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales; la vinculación lógica de los datos a las preposiciones y los criterios para la interpretación de los datos<sup>125</sup>.

## 5.2 Población y muestra

Los casos elegidos, pues esta investigación tomó un estudio colectivo de casos<sup>126</sup>, correspondieron a unos criterios determinados de selección. Los casos fueron seleccionados de la población de personas mayores que asisten al Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del municipio de Envigado. Las personas beneficiarias se constituyen en casos porque como se ha citado anteriormente el Centro Gerontológico AtardeSer y los Centros de Encuentro Ciudadano y Vida (CEC) concentran el 12.72% de la población de personas mayores del municipio de Envigado, y reúnen población adulta mayor tanto del área urbana como rural, de todos los niveles del Sisben y de ambos géneros. Así mismo, la gran concentración de personas mayores que tienen, permitió el acceso y la permanencia de las personas participantes a lo largo de la investigación<sup>127</sup>.

Según Perry, el número de casos trabajados debe corresponder a la elección del investigador y donde cualquier adición de casos debe darse en virtud de la saturación teórica<sup>128</sup>. Einsenhardt recomienda en relación al número de casos necesarios, al tratarse de una muestra teórica, que puede estar entre cuatro y diez casos<sup>129</sup>; Mientras Yin invita a considerar el tipo de casos a utilizar bien si se trata de un caso simple o casos múltiples, para establecer el nivel de análisis<sup>130</sup>.

De acuerdo a lo anterior, se realizó un muestreo que se puede catalogar como polietápico porque se hizo en varios momentos; primero se seleccionó de manera intencional los casos que representarían los criterios relacionados con género, edad y zona de vivienda, ya que estas variables son fundamentales en la investigación con personas mayores, teniendo en cuenta que este grupo poblacional no debe considerarse un grupo homogéneo. Este muestreo intencional tuvo como lógica orientadora el criterio de selección más amplio, donde un equipo de personas de la planta administrativa del PAIAM que interactúan con los adultos mayores de manera cotidiana, quienes comparten y los conocen, orientaron la selección de 36 personas frente a la participación de estos en el estudio y los aportes para la investigación, además de la disponibilidad y deseo de participar. Posteriormente a las 36 personas mayores seleccionadas, se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff y luego del proceso de calificación de la prueba, se determinaron los casos contrapuestos (muestreo de extremos) e instrumentales. Estos últimos, permitieron el abordaje de manera más singular, pues con seis de ellos, quienes obtuvieron los tres puntajes más altos y los tres más bajos, se procedió a profundizar en sus significados y experiencias en relación a la temática estudiada; aportando así potencia, robustez y aprendizajes; además se realizaron tres grupos focales que permitieron aportes significativos al tema trabajado.

**5.2.1 Criterios de selección.** Género, edad, lugar de vivienda (rural / urbana); en este último criterio es importante señalar que en el caso del municipio de Envigado en el sector rural se pueden encontrar diversos niveles socioeconómicos coexistiendo, pues se pueden encontrar personas que habitan casas muy costosas de estratos 5 y 6 que corresponden a medio alto y alto, donde habitan personas con mayores recursos económicos; y al mismo tiempo, se pueden encontrar personas viviendo en edificaciones pequeñas y de modesta construcción, correspondiente a estratos 1, 2 y 3 con menores ingresos y múltiples necesidades básicas insatisfechas<sup>132</sup>.

**Criterios de inclusión.** Personas mayores pertenecientes al Centro Gerontológico AtardeSer y en grupos de edad:

- 60-74 años (Young old)
- 75-84 años (Old old)
- 85 y más (Oldest old)<sup>133</sup>

-Personas seleccionadas para la aplicación de la escala de Bienestar de Carol Ryff:

**Tabla 1. Criterios de selección aplicación Escala de Ryff**

Zona	Genero	Grupos de edad	N° personas
Urbana	Hombre	60 – 74 años	6
		75 - 84 años	2
		85 y más	1
	Mujer	60 – 74 años	14
		75 – 84 años	7
		85 y más	0
Rural	Hombre	60 – 74 años	1
	Mujer	60 – 74 años	5
<b>TOTAL</b>			<b>36</b>

Por lo tanto, los casos del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor que se seleccionaron a partir de esta escala están entre estos rangos de edad, además cuatro de los casos pertenecían al área urbana y otros dos provenían del área rural del municipio; así mismo dos hombres y cuatro mujeres se constituyeron en los casos; la intención era tener representación de ambos géneros así como de personas mayores de las áreas del municipio de Envigado. De igual forma,



algunas de las personas a quienes se les aplicó la Escala decidieron participar igualmente de los grupos focales que se realizaron como parte de la investigación.

**Criterios de exclusión.** se consideraron como criterios de exclusión, personas mayores que fueran residentes de hogares geriátricos o gerontológicos, además, los que presentaran deterioro cognitivo severo o grave y/o enfermedad mental, cuyos síntomas fueran evidentes mediante la comunicación verbal, y en caso de ser necesario, se procedería a la aplicación de un Mini examen cognoscitivo (MMSE)<sup>134</sup> al inicio de la entrevista. Este dispositivo se trata de un test con preguntas que se aglutinan en cinco grupos para la evaluación de la orientación espacio-temporal, la fijación de la memoria inmediata, la capacidad de concentración y el cálculo, lenguaje y construcción espacial; con el fin de determinar deterioro cognitivo, donde un puntaje por debajo de 24 puntos puede mostrar evidencia de este<sup>135</sup>. Sin embargo, este procedimiento no fue necesario, dadas las capacidades cognitivas y comunicativas de los participantes.

### **5.3 Construcción de sistema categorial**

Las investigaciones tienen varios puntos de partida de origen teórico y estos posibilitan realizar una mirada contextualizada sobre el tema de estudio bajo diversos enfoques y momentos. Se partió de constructos teóricos de la teoría del Bienestar Psicológico de Carol Ryff y sus dimensiones, conceptos que permitieron la formación de algunas categorías que orientaron la investigación; sin embargo, al contrastar la información que iban construyendo y compartiendo los participantes del estudio, se pudieron perfilar claramente mayor riqueza en unas dimensiones más que en otras; de ahí la focalización que esta investigación arroja sobre las dimensiones correspondientes a dominio del entorno, relaciones positivas con otras personas y autoaceptación; estas como categorías predominantes que se desprenden del constructo central de significados de bienestar psicológico. Puede ser que estas dimensiones no sean las que más afecten desde puntos de vista más teóricos, pero son las que los participantes estuvieron más dispuestos a compartir y entregar de manera abierta en su intimidad para efectos de esta investigación. A partir de ahí se van formando otros niveles, dentro de los más importantes para esta investigación están las categorías emergentes, que responden a los aportes y el compartir de los participantes.

Si bien el Bienestar psicológico de Carol Ryff está estructurado en seis dimensiones, eso no da cuenta completamente con lo encontrado en los adultos mayores que participaron en esta investigación y en relación a su Bienestar psicológico, que involucra además otra cantidad de asuntos que no están nombrados o contemplados por su propuesta teórica.

**Tabla 2. Sistema categorial**

<b>Primer orden</b>	<b>Segundo orden</b>	<b>Tercer orden</b>
<b>Bienestar psicológico:</b>	<b>Dominio del entorno</b>	Adulto mayor agentes de su propio bienestar
Bienestar Objetivo		Espiritualidad
		Salud-enfermedad
		Programa de atención integral al adulto mayor (Envigado)
Significados de Bienestar psicológico	<b>Relaciones positivas con otros</b>	Familia
		Pareja
	<b>Autoaceptación</b>	Autocuidado
	<b>Crecimiento personal Autonomía Propósito en la vida</b>	

#### **5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información**

Para desarrollar este estudio cualitativo de caso fue importante valerse de técnicas que involucraran directamente tanto actores, escenarios y al investigador en todo el proceso. Además el estudio de caso plantea la posibilidad de romper con las concepciones dualistas de los diseños exclusivistas cuantitativos o cualitativos, que promueven la división rigurosa en el uso de las técnicas. El estudio de caso permitió armonizar la búsqueda de información con el uso inicialmente de algunos datos cuantitativos y de manera más exhaustiva de los cualitativos, que

enriquecieron la visión sobre el fenómeno del estudio<sup>136</sup>. Para la recolección de información se partió de la afirmación que realiza Helen Simons: “el investigador es el principal instrumento en la recolección de datos, la interpretación y el informe”, donde además de realizar hallazgos sobre el caso estudiado, este acercamiento le posibilita encontrar comprensiones sobre si mismo<sup>137</sup>.

Para el inicio de la investigación se utilizó de manera instrumental la Escala de Bienestar de Ryff, como un paso inicial a la identificación de los posibles casos de estudio, pues los resultados de esta guiarían la selección de los mismos.

**5.4.1 Escala de Bienestar de Carol Ryff.** El instrumento también es conocido como Escala Ryff. Esta escala contiene seis dimensiones que la autora identificó y que permiten según su descripción, medir el bienestar psicológico de las personas: autoaceptación, autonomía, dominio del entorno, relaciones interpersonales positivas, propósito en la vida y crecimiento personal. El instrumento cuenta con varias versiones; una de ellas reporta 39 ítems, la que se utilizó en la prueba piloto; otra de estas versiones tienen un total de seis dimensiones y 29 ítems (ver anexo 3), la cual fue la elegida para desarrollar el estudio pues se adapta mejor a este tipo de grupos poblacionales, donde las personas mayores respondieron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo)<sup>138</sup>.

**Tabla 3. Dimensiones propuestas en el modelo de bienestar de Carol Ryff.**

<b>Dimensión</b>	<b>Nivel optimo</b>	<b>Nivel deficitario</b>
Control Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de control y competencia</li> <li>▪ Control de actividades</li> <li>▪ Sacar provecho de oportunidades</li> <li>▪ Capaz de crearse o elegir contextos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentimiento de indefensión</li> <li>▪ Locus externo generalizado</li> <li>▪ Sensación de descontrol</li> </ul>
Crecimiento personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de desarrollo continuo</li> <li>▪ Se ve a sí mismo en progreso</li> <li>▪ Abierto a nuevas experiencias</li> <li>▪ Capaz de apreciar mejoras personales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de no aprendizaje</li> <li>▪ Sensación de no mejoras</li> <li>▪ No transferir logros pasados al presente</li> </ul>
Propósito en la	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Objetivos en la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de estar</li> </ul>

vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de llevar un rumbo</li> <li>▪ Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sin rumbo</li> <li>▪ Dificultades psicosociales</li> <li>▪ Funcionamiento premórbido bajo</li> </ul>
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capaz de resistir presiones sociales</li> <li>▪ Es independiente y tiene determinación</li> <li>▪ Regula su conducta desde dentro</li> <li>▪ Se autoevalúa con sus propios criterios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajo nivel de asertividad</li> <li>▪ No mostrar preferencias</li> <li>▪ Actitud sumisa y complaciente</li> <li>▪ Indecisión</li> </ul>
Autoaceptación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actitud positiva hacia uno mismo</li> <li>▪ Acepta aspectos positivos y negativos</li> <li>▪ Valora positivamente su pasado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perfeccionismo</li> <li>▪ Más uso de criterios externos</li> </ul>
Relaciones positivas con otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relaciones estrechas y cálidas con otros</li> <li>▪ Le preocupa el bienestar de los demás</li> <li>▪ Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficit en afecto, intimidad y empatía.</li> </ul>

Tomado de: Vásquez C. Psicología positiva aplicada<sup>139</sup>.

Se realizó inicialmente una prueba piloto en seis personas mayores, tres hombres (76, 72 y 69 años) y tres mujeres (76, 72 y 82 años); a quienes se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la versión propuesta por Van Dierendonck (2014) que consta de 39 ítems. La aplicación de esta versión dio como resultados, que de las seis personas solo cuatro contestaron la prueba, y dos personas al inicio presentaron dificultades para comprender como responder y en algunas de las preguntas planteadas. Una persona expresó que no sabía cómo contestar y la otra manifestó que no alcanzaba a leer y entender, por lo cual no terminaron la escala. Las cuatro personas que si respondieron, dos hombres obtuvieron un puntaje con niveles superiores y una mujer y un hombre estuvieron con puntajes en la media, según la calificación propuesta para esta versión. Las

personas mayores de la prueba piloto manifestaron algunas dificultades para comprender algunas preguntas del cuestionario, concretamente aquellas que se deben invertir para asignarles la calificación.

Posteriormente, se inició el trabajo de campo con la aplicación de la Escala a 36 personas mayores pertenecientes a tres Centros de encuentro ciudadano y vida (CEC): San Marcos, El Escobero y El Salado (ver anexo 4). Se aplicó la versión de 29 ítems de Darío Díaz (2006); en esta las escalas estuvieron compuestas por un número de ítems que osciló entre 4 y 6 preguntas por dimensión; donde se eliminaron un total de 10 ítems con relación a la versión de Dierendonck. Esta versión abreviada se presenta como una buena opción para trabajar el bienestar psicológico sobre todo en poblaciones como la adulta mayor, pues facilita su aplicación y comprensión. Además, es la primera versión desarrollada en castellano<sup>140</sup>.

En la calificación de esta escala se deben invertir algunos ítems tanto para la comprensión de las personas que la responden como para el que califica (2, 4, 5, 8, 9, 13, 19, 22, 23 y 26), en esta versión sumando el total de la calificación si esta supera los 152 puntos se considera un alto índice de bienestar psicológico y por debajo de 122 indica un bajo nivel de este bienestar; 138 es considerado como un puntaje medio<sup>141</sup>. Igualmente se debe considerar que la inversión de ítems especialmente se presenta en las dimensiones de Autonomía (4), Relaciones positivas (3), Dominio del entorno (2) y en Crecimiento personal (1).

**5.4.2 Entrevista semiestructurada.** Es una técnica de investigación que permitió el abordaje en varios niveles de profundidad sobre el Bienestar psicológico, por lo cual se trata de un encuentro comunicativo con propósito definido. En el tipo semiestructurado de la entrevista, se combinaron preguntas cerradas y abiertas abarcando las dimensiones propuestas por el modelo teórico de Carol Ryff que se contemplan en la tabla 2; se brindó la oportunidad a la persona de expresar ampliamente sus opiniones y construcciones acerca de la temática tratada. Representó la oportunidad de obtener información de primera mano, donde la persona entrevistada expuso su subjetividad al máximo a partir del compartir de pensamientos, sentimientos y formas de construir su realidad<sup>142</sup>. La intención fue concertar con cada uno de los seis casos seleccionados para el estudio, un encuentro que duro en promedio una hora y media a dos horas, se realizó en el lugar escogido por cada uno de los participantes, con el objetivo de generar confianza y comodidad para la interacción, y así permitir fluir los significados que la persona deseara compartir, esto facilitó la recolección de información necesaria para el abordaje del bienestar psicológico. Antes de iniciar cada entrevista se leyó y firmó el consentimiento informado como garantía de la voluntariedad en la participación de la investigación (ver anexo 8).

**5.4.3 Grupo focal.** Se convocó un conjunto de personas dispuestas a colaborar en el abordaje del tema de discusión central sobre bienestar psicológico, bajo un esquema de entrevista semiestructurada o guía de discusión. Algunas de las personas participantes de estos grupos focales (ver anexo 7), también hicieron parte de la aplicación de la Escala de Ryff. Se realizaron tres grupos, cada grupo focal reunió en promedio entre 3 a 7 personas como máximo, para garantizar un adecuado manejo del contenido, de la participación de las personas y de la información extraída de la discusión. Se desarrollaron en tres de los CEC del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor: Atardeser, El Salado y Salado - Vereda Arenales; se acordaron con anticipación los horarios y los tiempos de duración de cada uno de los grupos que en promedio ocupó hora y media a dos horas. A su vez, la discusión tuvo un carácter abierto pero supeditado a una serie de tópicos que enmarcaron el tema de discusión (seis dimensiones de Bienestar psicológico), pero además se deja espacio moderado para abordar lo emergente aplicando las contenciones propias de la temática<sup>143</sup>.

En cuanto a la selección de los participantes de los grupos focales, se seleccionaron personas mayores con disponibilidad para participar y aunque algunos habían estado en la aplicación de la Escala de bienestar psicológico de Ryff, no fueron incluidas entre los seis casos para la investigación. La riqueza de esta herramienta estuvo dada en la posibilidad de escuchar las múltiples visiones que se presentaron dentro de la discusión, las opiniones convergentes o divergentes que enriquecieron en cantidad y calidad la producción de estos grupos.

## **5.5 Rastreo de información bibliográfica**

Se implementó la búsqueda en bases de datos bibliográficas como Doaj, Lilacs, Pub med, Redalyc, PsycInfo, ISI Web of Science Social, Scielo y Scopus; donde se utilizaron para la búsqueda de información palabras como bienestar, envejecimiento y well being, welfare and ageing. Se tomaron en gran mayoría artículos con no más de 10 años de publicación y que en su resumen abordaran los temas de interés o relacionados. Igualmente, se consultaron algunas páginas de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), la CEPAL, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), la Gobernación de Antioquia y algunas publicaciones de carácter oficial de estos organismos. Se consultaron algunos textos publicados sobre la temática del envejecimiento así como otros publicados por revistas de universidades nacionales; textos, investigaciones y estudios sobre el municipio de Envigado.

## 6. Plan de análisis

En investigaciones de tipo cualitativo, es importante generar una comprensión amplia sobre el fenómeno de investigación, pues no se trata de forzar la información obtenida en determinadas categorías o suposiciones, se debe propender por realizar un análisis de la información guiada por la literatura del marco referencial de la investigación<sup>133</sup>. Para el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas semiestructuradas y grupos focales, posterior a la transcripción de éstas, se utilizó la técnica de análisis de contenido propuesto por autores como Jaime Andréu Abela, Pablo Cáceres y Piedad Martínez Carazo<sup>144</sup>, teniendo en cuenta el sistema categorial construido, permitiendo además la generación de categorías emergentes, devenidas del proceso de investigación dado en la interacción con las personas mayores seleccionadas.

Se registraron las formas, la frecuencia y las interrelaciones entre los datos obtenidos. De ahí que este análisis de contenido corresponde a una técnica que busca la descripción objetiva y sistemática de contenidos que se hayan recogido en la comunicación y la interacción<sup>145</sup>.

El análisis de contenido maneja una serie de pasos que incluyen; la selección del objeto de análisis que se quiere abordar y la manera de acercarse a él, pues se debe tener presente tanto el paradigma sobre el cual se investiga y el conocimiento previo como una condición ética y que amerita vigilancia. La riqueza de esta técnica radica en que permite la reelaboración de los datos, por lo tanto se procedió a la agrupación de una serie de contenidos de similar sentido; luego se integraron bajo conceptos previamente determinados por las dimensiones propuestas<sup>146</sup>, en este se incluyeron la recolección de la información y se tienen presentes los supuestos teóricos, que son líneas orientadoras pero que actúan de manera flexible ante los hallazgos emergentes; en esta parte es vital la definición de unidades de análisis, pues sobre estas se aplica el proceso. Según Hernández Sampieri “las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos”<sup>147</sup>.

Cuando se han realizado todas las agrupaciones según los criterios, se procede a nombrarlos bajo códigos específicos y excluyentes. Posteriormente, se realizó el desarrollo de categorías, estas “representan el momento en el cual se agrupa o vincula la información incorporando la perspectiva crítica en el estudio y por consiguiente, el paso primordial para establecer nuevas interpretaciones y relaciones teóricas”<sup>148</sup>, este es el momento final, que recoge los frutos de todo el estudio para llegar a la integración de los hallazgos, donde se puede ver la integración e interrelaciones de interés según el estudio<sup>149</sup>. Además, se hizo evidente la predominancia en los aportes sobre tres de las seis dimensiones

señaladas por Carol Ryff en su propuesta de Bienestar psicológico; tanto en grupos focales como en las entrevistas semiestructuradas a los casos del estudio, se ve mayor riqueza en significados sobre dominio del entorno, relaciones positivas con otros y autoaceptación, además de la conexión de otros aspectos del bienestar con estas dimensiones.

Si bien el Bienestar psicológico de Carol Ryff está estructurado en seis dimensiones, eso no da cuenta realmente de lo que pasa en los adultos mayores de este estudio en relación a su Bienestar psicológico, pues involucra además otra cantidad de asuntos conectados con algunas de sus dimensiones pero que no están nombrados por la teorización en su modelo.



## **7. Viabilidad y factibilidad**

Teniendo presente los objetivos del proyecto de investigación planteado se realizaron una serie de gestiones para evaluar su factibilidad: se realizaron varios contactos con las funcionarias del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del municipio de Envigado (PAIAM), quienes trabajan en el Centro Gerontológico AtardeSer y en los diferentes CECs, y colaboraron de manera activa en la realización del estudio; además se realizaron dos reuniones formales con la Secretaria de Bienestar Social y Comunitario de la Alcaldía de Envigado. En la primera se le presentó el proyecto junto a dos de sus más cercanos funcionarios y la segunda, se realizó nuevamente con la Secretaria en su oficina para presentar el proyecto a las cuatro funcionarias que coordinan los Centros de Encuentro Ciudadano (CEC), para que ellas pudieran evaluar la conveniencia y la factibilidad de la investigación con este grupo poblacional, del cual ellas están a cargo.

Luego de las reuniones con las funcionarias, la secretaria de Bienestar Social dió su autorización y aval por escrito para la realización del proyecto de investigación con la población beneficiaria del Programa del adulto mayor y ofreció todo el apoyo por parte de su personal para llevar a cabo cada una de las fases del plan de trabajo. Además, es importante anotar que la investigadora principal es funcionaria de la Alcaldía de Envigado y como tal, esta condición facilitó el acceso a las instalaciones así como a las personas que participaron en el estudio.

Por otro lado, en relación a los recursos que se necesitaron para realizar el proyecto, se estableció un presupuesto ajustado a los costos reales y los tiempos que se proyectaron para su ejecución; sin embargo, es importante tener presente cierto margen de recursos extra (económicos y temporales) que dieron mayor viabilidad. En su mayor parte, los recursos económicos fueron asumidos por la investigadora principal; dado que la Universidad cubrió los que devenga el director del trabajo de grado, lo que implicó un gran aporte al proyecto; todo lo demás, fue parte de la inversión disponible que la investigadora había contemplado en su ruta de trabajo.

## 8. Consideraciones éticas

Cuando se investiga desde la intersubjetividad hay que tener especial cuidado con los sujetos, sus vivencias y experiencias, así como con todo el volumen de información que nos permiten abarcar. “Los investigadores cualitativos son huéspedes de espacios privados, su comportamiento debe acomodarse a esta circunstancia y observar el código ético muy estrictamente”<sup>150</sup>. Esta investigación se realizó bajo el marco ético contemplado en el código de ética de la Universidad de Antioquia y bajo sus diez preceptos. Así como la normatividad vigente publicada por la UNESCO en su Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos:

-Participación voluntaria de las personas mayores, que se formalizó a través del consentimiento informado que fue firmado posterior a la explicación clara y suficiente de la investigación, el proceso y la manera de llevarse a cabo, además de la posibilidad de retiro de la investigación en cualquier momento si la persona así lo considerara. Es importante puntualizar que las personas beneficiarias del Centro Gerontológico AtardeSer, son personas autónomas quienes deciden en que programas de los ofertados por el Centro, se matriculan y participan; de igual forma, la investigación contempló el ejercicio de esta autonomía para la participación dentro del estudio, bien fuera en las entrevistas individuales como en los grupos focales.

-La información solo se utilizó para fines de la investigación o el estudio presentado.

-Compromiso del investigador: se acordó con las personas mayores la forma como se presentaría la información, dándoles a conocer resultados del informe final, lo que implica la limpieza de los datos, que permite a los participantes validar, ampliar y/o confirmar la información.

-Acuerdos previos de encuentros, espacios, grupos. Respetando al máximo las actividades de las personas mayores dentro de su cotidianidad, se ajustaron a sus necesidades.

-Validar la información con los participantes, donde se vea reflejada con la mayor fidelidad posible sus aportes y la intencionalidad de los mismos<sup>151</sup>, se están realizando reuniones con los participantes del estudio, con el fin de corroborar la información registrada en los diferentes encuentros.

-Respetar el anonimato y la privacidad al máximo<sup>152</sup>. El manejo de toda la información obtenida de los participantes, tanto de las entrevistas como de grupos focales, así como de todo lo que surgió en el trascurso de la investigación, fue manejada por la investigadora principal y su directora; de manera indirecta pero con el compromiso de confidencialidad de la persona que realizó la transcripción de

las grabaciones de las entrevistas y los grupos focales, que por motivos de tiempo fue contratada.

De acuerdo a lo anterior la presente investigación se enmarcó también en los principios éticos de la resolución N°8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia<sup>153</sup>. De acuerdo a esta, este estudio se incluyó en la categoría sin riesgo, debido a que no tuvo ningún tipo de intervención biomédica, sin embargo la investigadora consideró que un estudio de este tipo al ser con personas mayores, presentó un riesgo mínimo, ya que las actividades contempladas pudieron exponer a los participantes a algún grado de riesgo psicoafectivo, pues involucraron aspectos personales de sus vidas y las condiciones en las cuales las han vivido, estas situaciones podrían haber reportado estrés emocional para algunos adultos mayores. Aunque no se presentó ninguna situación de crisis, se tenía previsto direccionar a la Red de Prestación de Servicios de la EPS o al institucional con el cual cuenta el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor en sus diferentes sedes; igualmente, la investigadora al ser psicóloga estaba en la capacidad profesional de realizar la contención de ser indispensable; sin embargo, no fue necesaria ninguna de estas rutas.

Un acercamiento a la población adulta mayor con un tema como el bienestar, reviste un reto desde el punto de vista humano y social; sin embargo, la realidad, el contacto con personas en este curso de vida, las experiencias y vivencias que comparten dentro y fuera de la familia, desterraron en parte el estigma. La vitalidad con la cual viven sus vidas, la entereza en sus decisiones, la claridad en sus apreciaciones; distan mucho de esa visión decadente que se les confiere. De ahí, la relevancia de este estudio que aborda sus propias significaciones sobre el bienestar, visto desde sus interrelaciones, su sentir y pensar; una reflexión ética que les ha posibilitado visibilizar sus verdaderos intereses, carencias y potencialidades, sin sesgos propios de sociedad, cultura, academia o familia. Sesgos que responden en muchos casos producto del miedo con el cual se acercan las personas a la vejez, de ahí que esta transición amerite estudios más enfocados desde la psicología positiva y con una óptica puesta en las capacidades e intereses, más que en limitaciones. Encontrar diversidad de adultos mayores que de manera incomparablemente abierta y generosa expresaron el ejercicio de su autonomía, independencia y lucidez; que manejan una función productiva en sus vidas –no necesariamente de carácter económico-. Además, decididos a compartir sin miserias su bagaje ancestral, cultural y formativo, pero sobretudo humano. Y finalmente, evidenciar un legado que atañe a cualquier generación y que dejan en sus hijos, nietos y personas cercanas, un sinnúmero de enseñanzas que permiten enfrentar con mayor bienestar y dignidad el tránsito de vida por estos años.

Trabajar un tema como el bienestar en adultos mayores, permitió comprender de entrada que es mucho lo que tienen que decir, que no se trata solo de anecdotarios y viejas historias las que se documentaron; representó oportunidades únicas de conocer la singularidad de personas que aportan a la visión sobre toda una población; cuyo tránsito de vida ha estado marcado por asuntos muy íntimos, pero también influenciados por los contextos políticos, económicos y sociales que no les han sido ajenos, y que muchas de estas circunstancias los han impulsado en más de una ocasión a preguntarse por sus propias condiciones generando posturas más reflexivas y críticas.

Esta investigación trató de posibilitar encuentros con personas totalmente capaces de interactuar, hablar, compartir, expresar, callar y dirimir acerca de sus propios significados y reflexiones en torno a su bienestar psicológico tal como lo construyen, como lo buscan, como lo encuentran o no; a las situaciones que para ese ser humano son vitales y relevantes. Esta imagen del encuentro, representó respetar la condición del otro de manera plena, sin considerar de entrada un estado de déficit, por el contrario, estar con actitud abierta a la escucha, a la comprensión y al compartir que arrojó cada uno de los diálogos.

La edad llega, los años se cumplen y con ellos avanza el paulatino deterioro de la condición física, esto es un asunto biológico innegable; sin embargo, no se trata de satanizar la vejez o encontrarle el correlato en la discapacidad o enfermedad, se trata de mirarla como una parte más del trascurso de vida, por el cual todos transitamos; una pieza que tiene mucho que aportar, que tiene un conocimiento sobre el bienestar psicológico construido que se puede compartir y que, mirado desde una postura de potencialidad y capacidad, se traduce en oportunidad de mejorar las condiciones en las cuales se vive, se envejece y se disfruta con mayores niveles de bienestar físico y mental.

## **9. Estrategias de difusión de los resultados y hallazgos de la investigación**

En relación a la difusión, de acuerdo a los resultados arrojados por la investigación que se efectuó con personas mayores en el municipio de Envigado, se planteó que de acuerdo al proceso de análisis de información y en coherencia con la metodología de estudio cualitativo de caso, ha sido importante adelantar reuniones con la población participante para llevar a cabo la limpieza de datos, donde los participantes puedan validar y/o aclarar la información presentada. Por ello dicho proceso de difusión se viene realizando y se continuará como parte de la retroalimentación y devolución de la información.

Igualmente, se propone realizar la socialización de resultados de la investigación a las personas mayores beneficiarias del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor y a los funcionarios que hacen parte de este. De manera intencional y especial, se realizará un encuentro en la medida de lo posible, con la Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado y su equipo de trabajo, con presencia voluntaria de algunos de los participantes de la investigación, con el objetivo de generar mayor sensibilidad frente a los resultados y puedan tenerse en cuenta al momento de la formulación de planes, programas y proyectos para la población adulta mayor del municipio o bien, con el ánimo de fortalecer el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM) desde el Centro Gerontológico Atardeser y sus diferentes CECs. Todo está contemplado en el cronograma de actividades (ver anexo 1).

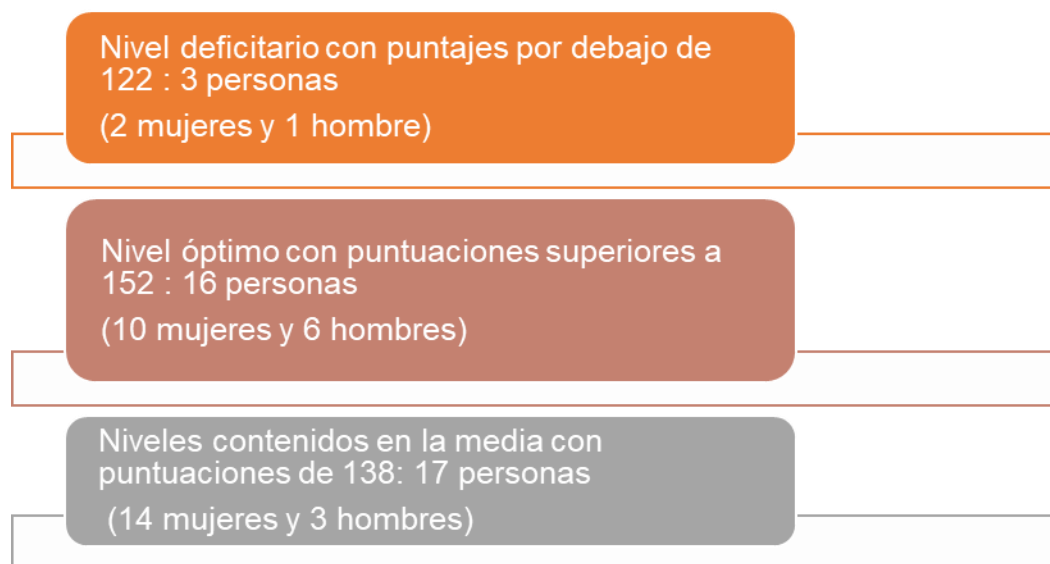
## 10.Resultados

El estudio del bienestar psicológico tiene múltiples dimensiones, unas recogen aspectos centrados en el sujeto mismo, sus capacidades y equipamiento individual; y otras, dadas en la interacción humana y social. Los resultados corresponden a las dimensiones más significativas, en consonancia con los significados que las personas mayores participantes del estudio decidieron compartir y construir en el marco de esta investigación. Sin embargo, en primer lugar se quiere compartir los resultados que sirvieron para la selección de las personas involucradas en el estudio (ver Anexo 4).

### 10.1 Anotaciones sobre la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Lo que Carol Ryff aporta en su Escala de Bienestar y sus seis dimensiones está contenida en los resultados tanto de la prueba piloto como en la aplicación de la Escala a las 36 personas mayores pertenecientes al Programa de adulto mayor del municipio de Envigado (Ver anexo 4).

En la aplicación de la Escala de bienestar psicológico de Carol Ryff a 36 personas se encontró a nivel general:



Se observa cómo de las 36 personas, un 44% obtuvieron puntuaciones altas en relación a su bienestar psicológico (Anexo 4), por lo cual se seleccionaron tres personas mayores con los más altos puntajes y las tres con los más bajos según la calificación para esta versión, para llevar a cabo las entrevistas, respondiendo a las condiciones del muestreo de extremos como fue señalado en la metodología.

Se debe señalar que varias personas manifestaron dificultades en la comprensión de algunas de las preguntas de la prueba, coincidiendo con las expresadas por las personas mayores de la prueba piloto, aunque se trataba de diferentes versiones de la Escala. Tanto en la auto aplicación como en la forma asistida, las personas mayores tuvieron dudas para asimilar las preguntas de los ítems invertidos que contempla la prueba, presentando mayor dificultad para su comprensión y calificación las personas con baja formación académica, de ahí lo valioso de proceder con aplicación asistida para estos casos.

De igual forma, es importante señalar que la aplicación de la Escala de manera asistida permitió que las personas frente a las preguntas, no solo expresaran su calificación, además compartieran visiones y experiencias que ilustraron sus respuestas; emergieron anécdotas que ampliaron su comprensión de la pregunta y las respuestas que dieron. Algunas personas participantes de la aplicación, hicieron narraciones altamente emotivas y hasta jocosas sobre sus vidas y momentos.

Por todo lo anterior, se debe contemplar que el uso de esta Escala de Bienestar con adultos mayores en este contexto, puede no responder a las necesidades y comprensiones necesarias para un grupo poblacional de las características de los participantes; así como su utilización de manera asistida puede presentar sesgos en la información arrojada por la aplicación del instrumento.

**10.1.1 Calificación y resultados.** Con respecto a las seis personas seleccionadas para desarrollar las entrevistas semiestructuradas para el estudio de caso colectivo, se presentan los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de estas, asociadas a los contenidos teóricos de las dimensiones en estudio.

#### **Los tres casos con puntuaciones más altas**

Se puede apreciar que los puntajes que arrojaron las tres personas con calificaciones más altas, corresponden a dos mujeres y un hombre; en estos, se puede observar que en la dimensión de la *autoaceptación* tuvieron el puntaje máximo de 24, lo que implica consistencia con una actitud positiva hacia sí mismos, lo que han logrado, con buena autoestima y un conocimiento de sí mismos en general. En cuanto a la dimensión de *relaciones positivas con los otros*, en su gran mayoría los casos que puntuaron alto, en esta dimensión asociada a las relaciones con otras personas presentan relaciones caracterizadas por la confianza, la calidez, la empatía hacia las otras personas y principalmente con sus familias. Igualmente, se vislumbra la relación y la dinámica que tienen con seres queridos, sus familiares, específicamente con sus hijos; con quienes

comparten altos niveles de intimidad. Además, esta dimensión contempla la percepción que otras personas pueden tener sobre estas personas mayores y de su capacidad de compartir y estar dispuestas a estar con los demás.

En la dimensión de *autonomía*, la cual tiene implicaciones que apuntan a mantener la individualidad en diversas situaciones sociales y donde las personas mayores se asientan en sus propias convicciones, apelan a la autodeterminación y mantienen su independencia y autoridad personal; las personas que representan los casos con puntaje superior, sacaron los más altos índices de la dimensión con un máximo de 34 puntos. En la dimensión *dominio del entorno*, también puntuaron alto; esta dimensión está relacionada al locus de control interno que exige de ellos autocontrol y alta autoeficacia. Las respuestas de estas personas mayores plantean un manejo adecuado de las situaciones cotidianas y los retos de la vida diaria tal como se les presentan; así como con relación a los diferentes contextos en los que se mueven, específicamente relacionados con su propia vida, las determinaciones que han tomado y las que siguen eligiendo. Tienen un gran dominio de sus relaciones familiares, ocupan un lugar de autoridad en sus hogares; son personas que son escuchadas y valoradas en el entorno familiar, donde tienen gran poder de decisión.

En cuanto a propósito en la vida, obtuvieron un puntaje máximo de 30, este está relacionado con el tener metas y la sensación de una dirección clara en la vida, asociada a la motivación para actuar y desarrollar su potencial como seres humanos. Estas personas no se quedan estancadas, por el contrario, están en crecimiento y aprendizajes permanentes; se destaca su gusto por aprender cosas nuevas, y estar direccionando su vida hacia donde quieren y necesitan.

Y finalmente, en la dimensión de crecimiento personal estas tres personas obtuvieron 24 como puntaje máximo. Esta dimensión se asocia a la vida como un continuo proceso de cambios, aprendizajes y desarrollo. La idea de evolución es la que marca esta dimensión, donde los aprendizajes son positivos en diferentes momentos y situaciones de sus vidas. En conclusión, estas tres personas mayores son personas que tienen los niveles más óptimos en relación al bienestar psicológico; asociado a la búsqueda del desarrollo de sus potencialidades y orientados al logro de sus metas y propósitos.

### **Los tres casos con puntuaciones más bajas**

Ahora bien en las personas mayores que obtuvieron los niveles más bajos o “deficitarios” en las respuestas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se puede evidenciar que se trata de dos mujeres y un hombre, quienes en la dimensión de autoaceptación, dieron cuenta de un nivel bajo de aceptación a sí mismos, en muchos aspectos se pueden sentir decepcionados de los logros en



sus vidas, lo que puede dar cuenta de una baja autoestima y poco conocimiento de sí mismos.

En la dimensión de relaciones positivas con otros, sus puntuaciones también se ven bajas, en especial en dos de ellos (hombre y mujer); puede estar asociado al reporte que dieron, de sentir que no tienen relaciones de confianza o intimidad, sienten que tienen pocos amigos íntimos con quienes compartir sus preocupaciones y que los escuchen.

Otra de las dimensiones como autonomía también reflejó una baja puntuación. Esta dimensión es importante porque apela a la autodeterminación, la independencia y autoridad personal; a estas personas les preocupa cómo otras personas las evalúan, lo que piensan de ellas; sus respuestas denotan que están influenciados por las personas que los rodean con fuertes convicciones, por lo cual les es difícil expresar sus propias opiniones en asuntos polémicos y cambian decisiones si son objeto de desacuerdo. Solo una de estas personas parece que toma las riendas de su vida en ciertas situaciones.

Así mismo, el bajo puntaje de estas personas en la dimensión dominio del entorno, da cuenta que se les dificulta dirigir sus vidas hacia un camino que les satisfaga y se sienten superados por las demandas de la vida diaria. Dejan la toma de decisiones a las personas que los rodean y pueden llegar a asumir una actitud de sumisión frente a lo que pasa a su alrededor.

Por otra parte, en la dimensión propósito en la vida, que está asociada a tener metas y la motivación que deben tener para desarrollarse y actuar, dos de las personas puntuaron bajo y un hombre estuvo en el nivel medio, estos no tienen claro qué quieren conseguir, ni la dirección que va a tomar su vida. Se puede tratar de una pérdida de la motivación, las ganas de apuntar a un objetivo y propósito en sus vidas. Es posible que experimenten la sensación de estar a la deriva en la vida, lo que redundaría en malestar psicológico.

Finalmente, quienes puntuaron bajo en la dimensión crecimiento personal dejan de intentar hacer mejoras o cambios en sus vidas, por el contrario, consideran que con los años no hay más aprendizajes y al parecer están resignadas al día a día. Por el contrario, otra de estas personas mayores quien a pesar de tener puntajes bajos en las otras dimensiones, parece estar más conectada a nuevos aprendizajes y disfrutar de nuevas experiencias.

## 10.2 Resultados Estudio de Caso Colectivo

### 10.2.1 Significados de Bienestar psicológico

La construcción de significados sobre bienestar psicológico que aportaron las personas mayores participantes de este estudio, están íntimamente ligados a su visión sobre aquello que consideran vivir bien, estar bien y sentirse bien. En general, para ellos no hay diferencia entre los conceptos de bienestar y bienestar psicológico, aunque algunos consideran que el último está más asociado a lo mental, citan alguna diferenciación, y de ella se desprenden experiencias más referidas a la parte espiritual o mental en sus trayectos de vida. Estos aportes aunque tienen diversidad expresiva, en su esencia semántica reportan concepciones muy similares.

**10.2.1.1 Bienestar Objetivo...la urgencia de lo material.** La palabra bienestar en las personas mayores creó ecos relacionales en los modos de vida, en cómo se hace para sobrevivir y suplir todo lo que se requiere para llevar una vida digna, lo conciben como un concepto completo donde se incluyen aspectos tanto económicos, relacionales, de salud y protección, como elementos que unidos traen tranquilidad y estabilidad a sus vidas y entorno; en términos generales, esta visión de bienestar se enfoca en contar con necesidades básicas cubiertas.

El reconocimiento que compromete la dimensión económica en el bienestar de las personas mayores, es un elemento orientador para toda acción institucional que busque mejorar las condiciones de vida en este grupo poblacional; muestra de ello es lo que representa el trabajo y los ingresos para los hombres adultos mayores, quienes encuentran gran parte de su bienestar en él, ligado a asuntos como productividad y la capacidad personal de cubrir no solo sus necesidades sino las que tienen origen en el hogar. Aun después de toda una vida de productividad, estos hombres abogan por la ocupación en tareas de utilidad familiar y social, tal como lo expresa un señor participante de grupo focal: *“El factor económico es fundamental, así uno no, pues, no es que sea materialista, sino levantarse y tener con qué comer, poder pagar los servicios...”* (GFCESalado)

El manejo de estos recursos tiene carácter misional para ellos, pero quien no cuenta con la fortuna de tenerlos, anhelan poder acceder a un modo de adquirirlos; no solo para proveer, también para disfrutar de la holgura y la tranquilidad que estos ingresos alcanzan a reportar, sobretudo en este época de sus vidas donde la empleabilidad en el sector formal se hace cada vez más inaccesible, dadas las exigencias y condiciones de la oferta y demanda laboral, por lo cual se plantean escenarios económicos con proyectos productivos independientes.

*“Yo también tengo mis planes, mi mayor anhelo es tener, si Dios me lo permite y está dentro de las capacidades, tener una miscelánea y para ayudarle a mi familia...” (GFCESalado)*

Ser independientes, gozar de buena salud y tener capacidad productiva para laborar activamente aun con sus años, son indicadores de bienestar, pues si bien muchos de las personas participantes han alcanzado pensión: *“Mi mayor logro fue haber alcanzado una pensión y estar disfrutando ahora de ella, tranquila, sin tener que trabajar, sin tener que hacer nada, poderse uno levantar tarde, poder salir para donde quiere y ese ha sido mi mayor logro, tener mi pensión” (GFCGAtardeSer)*; otros como en el caso de algunas de las mujeres tienen sus necesidades cubiertas por el esposo o por los hijos; hay otras de estas personas mayores que se ven obligados a generar ingresos para subsistir: *“Bien. Tener trabajo, tener empleo, es lo que creo”* y el mismo señor comenta: *“Que no me falta mi trabajo, y que no me falte la salud que es lo más importante” (PMHR70)*

En mujeres como en hombres participantes, este significado de bienestar objetivo apela a la necesidad creciente de impulsar transformaciones en la visión que la sociedad ha construido sobre las personas mayores, el reconocimiento sobre su representatividad poblacional y la participación como fuerza activa a nivel político y social.

Sin embargo, la realidad actual es otra, en el contexto del envejecimiento Colombiano existen grandes diferencias en la manera como se vive y se envejece. En el grupo de participantes se evidencia la presencia de brechas socioeconómicas, que influyen potencialmente en la forma como se enfrentan procesos de enfermedad, la carencia de vivienda y seguridad social; además de la escasez de recursos que faciliten el acceso a servicios de calidad y de manera oportuna, todo este panorama afecta considerablemente el bienestar de la persona y su familia, develando con ello, la presencia insoslayable de niveles deficitarios:

*“...estoy sola ahora, que estoy, cómo le digo yo, que estoy a merced de lo que las niñas hagan por mí, como están lejos y están también, digamos que regular, porque no se han podido instalar como es, porque hay mucha gente allá...” (PMMU67)*

Lo anterior, es sin duda el reflejo de una realidad que trasciende lo municipal y lo nacional con relación a la situación de seguridad socioeconómica de este grupo poblacional, pues representa un reto mayor para el Estado y sus diferentes niveles de gobierno, donde urgen cambios drásticos y destinación de recursos que apunten a la garantía en la protección social integral en la vejez, como lo contempla la Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024.

**10.2.1.2 Bienestar psicológico...es equilibrio.** El bienestar psicológico apela al desarrollo de capacidades y habilidades humanas que llevan a la persona a explorar su potencial, lo que implica un continuo más que una meta; dentro de este se contemplan una serie de dimensiones referidas tanto a lo individual como a aspectos relacionales. Sin embargo, la búsqueda de este bienestar psicológico ha estado muy referido primero a una concepción más general de bienestar como se argumentó anteriormente; así mismo, en el tipo de bienestar descrito por los participantes opera además una sensación de estar bien con lo que los rodea, con las personas y las situaciones que se presentan; refieren asuntos de naturaleza tanto intrínseca como extrínseca del ser humano, lo cual amerita el desarrollo de capacidades que les permitan sobrellevar situaciones difíciles y enfrentar con sus recursos disponibles, las dificultades que la vida les presenta cotidianamente.

Un significado que recoge lo que experimentan los adultos mayores en relación al bienestar psicológico, es que el bienestar es completo solo si incorpora asuntos tanto materiales como psicológicos y espirituales; es un entramado que desde la lógica de la vida cotidiana para ellos tiene todo sentido y validez. Un significado que se extiende más allá de la individualidad, pues recoge toda la esfera familiar de manera amplia en cuanto a lo relacional y con margen extenso de lo contenido en la necesidad; pues no basta con tener techo asegurado, alimento y salud, también deben incluirse la felicidad, las relaciones armoniosas y la buena vida en todo y para todos.

*“Para mí, el bienestar es: social, me gusta mucho estar en sociedad, psicológico, me gusta mucho tener un estado mental donde yo pueda ser independiente, no dependa de nadie y físico, porque esto me ayuda a estar feliz con mis movimientos, con mis actividades, con mis cosas y no me impide, restringir mis salidas, mis actividades que son algunas, pues, bastantes, me encanta estar en la calle” (PMMU77)*

Las personas mayores del estudio centran la mirada en aspectos esenciales de la vida, involucran la dimensión de lo trascendente en su visión de bienestar psicológico, de tal forma que está adscrita a lo espiritual, se conjuga con lo económico, lo relacional, lo físico y lo mental; y como resultado se está en presencia de un significado integral de bienestar psicológico. En esta dimensión espiritual el experimentar paz interior, llevar una vida regida por el valor de la integridad para alcanzar la felicidad, es la situación ideal planteada desde los mayores tanto en grupos focales como en entrevistas individuales; esto se traducen en la forma de alcanzar un nivel al cual se aspira a llegar, luego de disipar tensiones de carácter cotidiano, disyuntivas como el que presentan las emociones humanas entre lo que se quiere sentir y lo que en realidad se experimenta; sentimientos de rencor, furia y envidia que van en contraposición a

la búsqueda de la homeostasis que conducirá al “bien estar” y “buen vivir” tan anhelado.

*“...que haya un bienestar general, no solamente en la familia sino una sociedad, primero debo de contar conmigo, esto es, yo debo de ser una persona que me siento que si tengo paz en mi corazón, no es una piedra, sino un corazón amable y tengo una mente despejada, no una mente vacía, una mente que está pendiente de hacer el bien a quien fuere porque sí...” (GFCESalado)*

Todas estas situaciones y experiencias recogen para las personas mayores su propia visión de bienestar que no solo esta demarcado por lo psicológico, también recoge elementos del mundo objetivo arraigado en condiciones materiales propias de la existencia humana: salud, alimentación, vivienda, ingresos, entre otros.; todos estos son elementos que garantizan la supervivencia a través del tiempo, y que las personas mayores están comprometidas en salvaguardar y asegurar en pro de sí mismos y de sus seres queridos hasta donde les sea posible. Esta visión personal está íntimamente asociada a la responsabilidad que les representa convertirse en los garantes principales de este bienestar y en los logros que esto les exige, recurriendo a todo el repertorio de capacidades y habilidades personales que se posee.

*“Pues el balance de mi vida es haber tenido una familia unida, una esposa que comparte conmigo para todo, haber alcanzado una pensión para una vida económica y estar saludables todos dos y tener mis hijos también vivos y bien organizados” (GFCGAtardeSer)*

Como se puede evidenciar en los significados de bienestar compartidos y contruidos tanto en las entrevistas como en los grupos focales, se corrobora una vez más la heterogeneidad presente e innegable que habita el mundo y el ser de las personas mayores; sus respuestas y experiencias frente al bienestar psicológico en la vejez, sin lugar a dudas lleva la impronta de su ser, personalidad, carácter y actitud; un sinfín de experiencias que han alimentado de manera incesante cada transcurso de vida compartido en este estudio. Igualmente, estas construcciones de significados de bienestar psicológico también apelan a instancias más personales concebidas por los participantes, quienes según su historia de vida, experiencias y vivencias; así como la manera en la cual conducen su cotidianidad, les han impreso su huella personal a estos significados. La defensa de la independencia por sobre todas las cosas, el cuidado irrestricto que profesan por sus hijos y familiares, la urgencia que imprimen a cada proyecto o necesidad dado el paso irrefrenable de los años, el dolor concebido como maestro implacable cuyas lecciones perduran, estas y otras de las visiones más singulares compartidas por las personas mayores de este estudio, son las que fraguaron los

significados que entran a enriquecer el mundo comprensivo del bienestar psicológico en la vejez.

### **10.3 Significados de dominio del entorno: categoría importante dentro del bienestar psicológico en personas mayores**

El dominio del entorno hace alusión al manejo que las personas hacen de los retos y exigencias de la vida cotidiana y del ambiente; además del aprovechamiento de las oportunidades para satisfacer sus necesidades. Es en esta dimensión donde se señala la potenciación del uso de capacidades para que las personas puedan ejercer un control efectivo de lo cotidiano y sus contingencias. Este dominio remite a la capacidad de poder elegir o crear contextos adecuados a sus necesidades personales y a su escala de valores. En este dominio se presentan dos niveles, el óptimo donde las personas pueden hacer un aprovechamiento de cada una de las situaciones aun en circunstancias adversas; y del otro lado, está el nivel deficitario donde las personas se sienten incapaces de cambiar lo que les rodea y desestiman cualquier posibilidad de autodeterminación. En ambos lados del espectro se puede transitar de acuerdo a condiciones externas pero sobre todo, a los recursos individuales que se han instaurado por diferentes caminos, la crianza, la formación, los aprendizajes y la experiencia, el curso vital y los aprendizajes que derivan de él, entre otros elementos que ayudan a enfrentar la vida y sus desafíos.

El dominio del entorno en el estudio sobre los significados de bienestar psicológico en personas mayores, muestra que las personas mayores poseen capacidades para reconocer y elegir entornos adecuados que les posibilitan mantener su bienestar; de tal forma que estos en su gran mayoría, ejercen un manejo adecuado de situaciones cotidianas y retos de la vida. Se pudo evidenciar que sus vivencias y experiencias los han ayudado a construir unos significados de bienestar psicológico unido al logro de sus objetivos de vida, aun en medio de situaciones complejas o adversas que hayan tenido que afrontar desde su infancia. Estas situaciones que en muchos casos estaban referidas a la escases de recursos económicos, o la privación de oportunidades tanto de formación como de ocupación, no lograron menguar en los adultos mayores su deseo de salir adelante, al contrario, impulsaron sus metas académicas, laborales y económicas, el cumplimiento de sueños y anhelos conjugados con la firme convicción de que el trabajo duro, podía mejorar sus condiciones de vida y la de sus familias.

*“...entonces yo fui creciendo, vi las limitaciones de la gente, de mi familia, vi las diferencias de estatus de la gente y entonces yo me formé, yo planeé un futuro, yo dije: Cuando yo esté grande, voy a ser profesional. En ese tiempo no se decía profesional, sino que decía yo voy a ser un doctor...” (PMHU86)*

Las personas mayores comprometen sus capacidades en la búsqueda y afianzamiento del bienestar para ellos y sus seres queridos, de tal forma que toman las riendas en las decisiones importantes y aseguran sus esfuerzos en enfocarse en cada circunstancia que les permita obtener buenos resultados. Sus valores además son guía indispensable para la toma de decisiones, que operan a modo de brújula que guía su actuar y pensar; dichos principios son innegociables y los ponen a prueba constantemente, esta es una práctica de años donde poco a poco se han hecho parte de su cosmovisión, fortaleciendo su manera de ser y existir en el mundo. Una muestra más de su capacidad para crear y elegir contextos que vayan en sintonía con sus proyectos, sin dejar al azar el logro de estos, sino actuando proactivamente en su realización.

*“La tolerancia, la puntualidad, el respeto, la tolerancia, el amor... Escuchar, es tan bonito escuchar cuando uno tiene como ese, dejar ese espacio, no decir ¡Ay, no! Es que estoy de afán, es que no puedo, es que estoy aquí bordando. No. Yo suelto el bordado...” (PMMR71)*

Las experiencias de pérdida o duelos, también conforman el dominio del entorno, pues estos eventos comprometen el control emocional y la forma como se enfrenta el devenir a partir de la pérdida o las situaciones donde surge la sensación de haber fracasado; en las personas mayores del estudio, estas vivencias de dolor, al ser procesadas y analizadas con la visión de la experiencia, se configuran en respuestas resilientes que les permiten enfrentar obstáculos y tristezas propias de la existencia humana, como lo demuestra una de las participantes: *“Cuando me mataron el niño me decía la gente “eso se te olvida” yo no olvidé eso, yo aprendí a vivir con ese dolor, aprendí de que fue mi hijo y lo disfrute en el tiempo que lo tuve y que ya era el tiempo de irse, que el Señor lo había llamado, entonces no se me olvidó, pero lo superé” (PMMR71)*. Así mismo, estas pérdidas lejos de debilitarlos, los impulsan a continuar en la lucha por su propio futuro y en mejorar las condiciones bajo las cuales quieren vivir y envejecer. Sin embargo, del lado deficitario como también se pudo constatar en las puntuaciones de la Escala de Ryff, fue además la dimensión con más baja puntuación para los casos de este nivel con totales de 7, 11 y 17 puntos sobre 30. Estas pérdidas al ser tan significativas, traen posturas en dos de las mujeres mayores del estudio, más ligadas a tener problemas para controlar los eventos que se presentan en la vida diaria, llegando a sentir incapacidad para llevar un control y tomar decisiones que puedan generar cambios en su entorno inmediato, expresan sentimientos de desesperanza y orfandad ante su realidad actual, esto se ve reflejado en el testimonio de una de nuestras participantes:

*“...No es satisfecha, sino que no pude más, pues uno, no sé, de todas maneras, uno no cumple con todas las expectativas, uno hubiera querido más, pero no se*

*pudo. No, era que no había forma, así yo hubiera querido, no había forma.”(PMMU81)*

Es interesante observar cómo los significados de bienestar que están asociados al dominio del entorno en las personas mayores, lo arraigan desde la postura del compromiso individual y la convicción de ser los co-creadores de sus propias condiciones para alcanzar este bienestar que les significa múltiples aspectos, pero donde el más trascendente es la familia, como culmen de todos los esfuerzos y por la cual vale la pena cada sacrificio o privación pasada o presente. Es en esta, donde encuentran el último hálito de fortaleza cuando las cosas van mal o cuando las situaciones rebasan sus recursos, pero también se traduce en el lugar, contexto o ámbito, donde disfrutaban las más grandes alegrías y satisfacciones.

Esta visión sobre su mundo y los entornos que a lo largo de su tránsito de vida han recorrido las personas mayores, sin importar cuan complejos o desafortunados eventos los han acompañado son: enfermedad, muerte, discapacidad, pérdidas económicas, entre otras. Todas estas y otras de características más positivas y alentadoras: salud, seguridad económica, autonomía, integración familiar; entran a fortalecer su capacidad de afrontamiento y ponen de plano habilidades personales y hasta recursos familiares, requeridos para sortear las más complejas condiciones de vida, así como lo expresa este participante de 86 años, cuando cuenta una de sus experiencias:” *...entonces esa fue mi lucha, sobre todo esos años que estudié en Bogotá fueron muy duros, porque allá hace mucho frío y entonces yo salía de ese bachillerato nocturno a las 10 de la noche, eso era en el centro, la calle séptima con carrera como 24 o 25, por ahí por esos lados será, y yo vivía en el norte, entonces yo tenía que coger un bus y llegaba allá congelado a estudiar”(PMHU86)*

Ser portadores de todo este tesoro de conocimiento vivencial, emocional y experiencial de grandes magnitudes, les ha impulsado a ser capaces de aplicar su avidez cognitiva e instrumental en nuevos aprendizajes y desafíos que les permitan mantenerse en mejores condiciones hoy; no se dejan amilanar por nuevas tecnologías y el bombardeo de innovaciones que emergen de manera avasalladora en la modernidad, como mayores y conscientes de sus propias capacidades y limitaciones, se permiten escudriñar de manera cautelosa pero decidida en nuevos medios y aprendizajes; los mismos que les servirán para enfrentar las realidades del mundo cambiante. Así lo vivencia otra de nuestras personas mayores: “*...yo tengo un computador muy bueno, de muy buena capacidad allí, tengo dos computadores, uno moderno y uno antiguo, el antiguo tiene disquete y el moderno no tiene ese disquete sino USB y CD... Lo mismo el celular, yo manejo bien el celular” (PMHU86).*



En la actitud serena que caracteriza a muchos de nuestros adultos mayores, que para muchos puede ser leída como pasividad y lentitud, máxime en estos tiempos modernos donde la visión de muchas personas es atravesada por el culto a la juventud, a la inmediatez y a la lógica de la celeridad que están al orden del día; para los adultos mayores del estudio, sus significados y los entornos que los circunscriben, ameritan tomarse tiempos para análisis y reflexión, y así poder enfrentar y sortear airoosamente los retos que esta modernidad les ha impuesto, como la tecnología y las nuevas lógicas interrelacionales. Además, considerando que se está ante una visión empobrecida de la vejez, que la puso en una especie de cápsula, la congeló en tiempo y espacio; todo esto producto del miedo que forjó una realidad sobre los adultos mayores donde por muchos años, ha permanecido anclada en aspectos de discapacidad, enfermedad, dependencia y muerte; una visión producto de sociedades y patrones tanto económicos y sociales precedentes, que no favorecían en nada la manera como se vivía y envejecía. Ahora las personas mayores han tomado una posición más activa, de participación y de control sobre su propia manera de vivir y estar en el mundo, un asunto que pondera su compromiso y defensa frente a sus derechos, necesidades y la búsqueda de su propio bienestar.

*“...yo he hecho parte del cabildo de adultos mayores, he hecho parte del consejo territorial de planeaciones, he hecho parte de las mesas ambientales, me han gustado mucho las capacitaciones, entonces de cada lugar donde estoy mandan a capacitaciones, algún diplomado, algo así, pues, me encanta todo esto” (PMMU77)*

En la construcción de los significados sobre sus entornos, cuando se trata de personas mayores, no hay muchas circunstancias que los sorprendan al punto de intimidarlos, salvo contadas excepciones en este estudio; sus experiencias y vivencias del pasado, una infancia difícil y una vida familiar plagada por dificultades materiales y retos constantes, pero donde el amor nunca faltó y los vínculos fueron fortalecidos bajo el amparo del respeto y la disciplina; todo esto contribuyó a forjar en ellos, una limitada capacidad de sobrecogerse por cualquier nimiedad, al contrario, hicieron de las dificultades los mejores estímulos y de sus capacidades personales, herramientas necesarias para sacar adelante metas y objetivos. No son fácilmente impresionables, ya no tienen muchos sobresaltos cuando llega la visita de la dificultad, esa visita inesperada pero inevitable cuando de la vida cotidiana se trata, pero ellos las personas mayores, están equipadas de unas efectivas defensas que se van configurando a medida que se escala en el arte de vivir y envejecer.

*“...pero si el día de ayer tuve un problema, digámoslo así, familiar o así, sacar eso de mi mente y vivir el día de hoy y hacerme el proyecto de cada día ser mejor y cada día que me levanto me siento contento y estoy seguro, claro pues, estoy*

*seguro de que ese día lo voy a pasar muy bien y si soy positivo desde un principio, ¡hombre! me va a ir bien, me va a ir bien” (GFCECSalado)*

#### **10.4 Significados relaciones positivas con otros**

El conocer, mantener y consolidar relaciones con otras personas hacen parte de esta dimensión, lo cual supone algunas habilidades sociales. En las personas mayores las relaciones interpersonales las instauran según la valoración que hacen acerca de quienes entran en contacto con ellos; de acuerdo a esta valoración deciden instituir diferentes niveles de afectividad y confianza, comprometen tiempos y espacios para afirmar dentro de dichas relaciones, círculos de amistad y cercanía que consolidan con el paso del tiempo y del compartir de vivencias donde se pone a prueba el carácter de cada uno de los involucrados y además, la respuesta vincular se establece muchas veces para efectos de apoyo y solidaridad, como lo demuestra este testimonio: *“Los vecinos también se convierten, a veces, en personas muy importantes para uno, por ejemplo, yo hace 38 años me casé y vivo en esa misma casa... entonces todas hemos sido como una familia, todos...entonces todas nos ayudamos, todas nos reunimos, hacemos parranda, nos salimos a tomar un algo, vivimos súper rico pues ahí” (GFCEGAtardeSer)*

En cuanto a la calidad y características de las relaciones familiares, el despliegue a este nivel es mayor e íntimo para las personas mayores del estudio tanto en lo que se encontró en las entrevistas como en los grupos focales, pues su familia se traduce en el círculo de confianza y compartir de más alta relevancia; estas relaciones están nutridas por la confianza, calidez y empatía constante que son determinantes a la hora de enfrentar dificultades y desavenencias propias de los círculos familiares.

*“...porque yo analizo y entonces analicé: la indiferencia de ellas, la angustia mía, porque yo las llamaba llorando, mi hermano, pues no, era muy difícil, fue muy difícil y ellas optaban por no llamar...en mi casa se vuelve un goce todo, entonces llegó el momento de tan esperada reunión y a mí se me olvidó que me habían hecho eso y bueno, no pasó nada y seguimos, en lo que estamos, estamos y hubo, pues, la armonía de siempre...” (PMMU77)*

Es así como pueden darse situaciones muy complejas a nivel familia, pero con todo y eso, las personas mayores no se alejarán de sus seres queridos, por el contrario generan espacios para hablar y sanar toda situación que esté generando malestar y que pueda amenazar el vínculo. Además, seguirán fortaleciéndolo a través del perdón y la confianza, pues para estas personas, es importante tener con quienes poder compartir y descargar sus preocupaciones y ansiedades

generadas por situaciones de la vida cotidiana o las que son de carácter extraordinario por contingencias de salud, económicas o de otra índole y que afectan de manera significativa. La familia siempre será la elegida para buscar un oasis de tranquilidad, donde soluciones emergen y posibilidades florecen.

*“Todo nos contamos nosotros, cuando alguien tiene algún problema no lo cuenta, nos lo contamos y de pronto hacemos grupo primario, nos reunimos todos”.*(PMHU86)

El vínculo y la empatía en las personas mayores son elementos vitales para instaurar relaciones, así como para mantenerlas, desde estos aspectos de cercanía emocional, comprometen recursos tanto personales como familiares ante eventos que ameritan su presencia y solidaridad. La urgencia es un llamado, sea una respuesta desde lo material, de apoyo social o emocional; siempre se cuenta con una especie de lazo que provee el soporte necesario para salir de la dificultad, como se puede apreciar en este testimonio de una persona mayor participante de un grupo focal: *“...a una hermanita mía le mataron el esposo el viernes, ayer fuimos a la novena y mi mamá dijo: Allí hay una cosita para que echen para el mercado, todos, todos el poquito allá... entonces todos allá en lo que tenía en el bolsillo para el mercadito de ella. Le mataron el esposo y ella no era pues, no tenía, pues, buena entrada económica”* (GFCAAtardeSer). No hay distinción cuando de ayudar se trata, en las personas mayores participantes existe una capacidad reconocida y enarbolada para comprometerse en ayudar a otras personas, sean de su círculo familiar o no; una capacidad de la cual están orgullosos de poseer y que reconocen como parte fundamental en la relación con el otro. El sentido de solidaridad y servicio desinteresado está a la orden del día en las personas mayores, siendo las mujeres portadoras de una fuerza impulsora en la labor del cuidado y la protección, quienes comprometen desde su ser la tarea de velar por el bienestar y la integridad de propios y ajenos.

*“...si uno entra y los vecinos, que hay una situación difícil, en ese sentido mi señora sí metemos la mano, pero no nos gusta que digan: fueron ellos, no, nosotros por intermedio de otros ayudamos y si tengo que decirlo que no digan quien fue...”* (GFCAAtardeSer)

Sin embargo, las personas mayores con todo y su desarrollada vocación a mantener relaciones positivas con otros, también evidencian toda su capacidad para fijar en sus diferentes círculos relacionales, límites que marcan dicha interrelación; en las redes que establecen la cercanía, intimidad y confianza que se compromete, son algunos de los parámetros que entran en el juego. Los adultos mayores tienen la capacidad de establecer dentro de este intrincado tejido relacional, una categorización propia frente a las personas que la circundan, pues a su vez, aplican sus estándares de selectividad y esto les posibilita determinar la

calidad en el tipo de relación que van a generar con las demás personas, depositan su estima y afecto de acuerdo a estos estándares que para ellos son tan personales como sagrados: *“Tengo un amigo, pues, que es súper chévere y todos nos contamos y es súper correcto y respetuoso y yo también, pues, él me confía a mí las cosas y bueno, ahí quedan. Y amigas tengo 3 muy fieles”* (GFCECSaladorural). Si bien todas las personas con las que se relacionan tienen un gran valor humano, esto no significa que el nivel de cercanía que comprometen pueda ser homogéneo, por lo cual se comparten espacios y tiempos desde la simpatía y el respeto; pero no desde igual intimidad, pues los límites marcan todo su ámbito relacional.

*“...Y muchas son de confianza. Tengo un círculo que somos 10... Allá voy con esas, salimos de la iglesia desayunamos, nos venimos en la buseta molestando, conversando... tengo un grupito cuando yo transportaba en San Antonio de Prado y también me llaman cada rato...”* (PMMR71)

Además, se presentan casos en los cuales algunas de las personas mayores tanto hombres como mujeres no evidencian redes de apoyo primaria definidas, ni familiar o incluso de amigos o vecinos con los cuales se pueda rastrear la presencia de relaciones o vínculos que vayan más allá de un contacto ocasional mediado por actividades de grupo; en los casos en los que se hallaron niveles deficitarios según la escala de Ryff, la dimensión relacional puntuó bajo en especial en dos de ellos (hombre de 70 y mujer de 67 años) con 12 y 17 puntos sobre 30 respectivamente; esto puede estar asociado a que ambos no tienen según sus testimonios, relaciones de confianza o intimidad, sienten que tienen pocos amigos íntimos con quienes compartir sus preocupaciones y que los escuchen, como se puede evidenciar en sus testimonios:

*“...porque la gente de todas maneras a uno le cuenta confiando en esa persona, le cuenta tal cosa y entonces uno al tiempo ya, fulanita dijo esto de ti, así me he dado cuenta por las demás personas, pero uno no debería de comunicarle las cosas, bueno, tener uno a alguien que de verdad confie, pero ahorita es tan difícil”* (PMMU67).

Y el señor de 70 años al abordar el tema de las redes de apoyo familiares o de amistad, así como los niveles de confianza y cercanía que compromete ante las dificultades y si tiene a quien recurrir, el responde: *“No, yo me las arreglo así”* o si tiene compañeros cercanos: *“Pues, no”* (PMHR70)

Esta ausencia de redes de apoyo traducido en soporte social, pone de plano el aspecto deficitario de esta dimensión del bienestar psicológico en algunas personas mayores del estudio, que además se torna más preocupante en tanto incluye el aspecto de relaciones familiares que, como se verá más adelante en

estos resultados, la familia se erige como pilar fundamental en la vida de las personas mayores participantes de esta investigación.

### **10.5 Significados de autoaceptación**

Las personas mayores pueden instaurar procesos de Autoaceptación sobre sí mismos, lo que han logrado y aspectos tanto positivos como negativos que requieren ser transformados, reconocen que en sus procesos de vida se han presentado un sin número de dificultades, algunas producto de situaciones externas que complejizan el logro de objetivos propuestos, donde se deben poner en marcha toda serie de estrategias personales para buscar nuevos caminos que orienten la meta; otros obstáculos, provienen de situaciones individuales que requieren esfuerzo personal más inmediato, que no siempre al estar más ligado a la esfera particular se hace más factible de intervenir.

Grandes logros derivados del esfuerzo y trabajo continuo han podido alcanzar las personas mayores; tienen conciencia sobre logros y metas que han superado; en su presente se saben poseedores de toda suerte de recursos, habilidades y capacidades de las cuales pueden sentirse orgullosos. No ha sido un trayecto fácil, en sus vidas queda la impronta producto de comprometer alma y cuerpo en sus proyectos de vida, trabajo, sacrificios, privaciones y demás retos que no les fueron ajenos a lo largo de los años vividos; esto lo ilustra uno de los participantes:

*“Entonces no me validaron llevar, pues, la libretica con las notas. No, entonces tiene que validar los dos años de bachillerato, tuve que ir a la gobernación de Antioquia y pedir que me validaran el bachillerato y tuve que ir allá al MUA\* y ahí validar el bachillerato, ahí, entre los muchachitos, yo ya grande...” (PMHU86).* No desconocen que, como seres humanos tienen mucho por crecer y aprender, pues sus vidas las entienden como un continuo que si bien deja huellas en sus cuerpos a medida que los años pasan, todos los aprendizajes y experiencias que estos dejan, se suma al saber acumulado, el que están siempre dispuestos a compartir con todos aquellos que quieran escuchar.

*“...Entonces, en esas condiciones yo he ido adquiriendo una seguridad para compartir, muy amorosamente eso sí, con eso he venido a este Centro donde yo sé que hay gente intelectualmente más humilde que yo, pero yo lo que Dios me ha dado lo pongo a disposición de la gente con gusto, no por sentirme más, ¡Qué tal, por Dios! Eso sería lo peor ¿Cierto? Sino para ayudarle a la gente” (GFCECSalado)*

\*MUA. Institución educativa Manuel Uribe Ángel, plantel educativo público del municipio de Envigado.

No todo es positivo y motivo de exaltación, los adultos mayores no están inmersos en trances de vanagloria y no se consideran infalibles; por el contrario, hacen un genuino reconocimiento de sus propias limitaciones y errores, las experiencias vividas a través de los años y todos los desafíos que han enfrentado les dan anuencia para mirar con franca rudeza sus equivocaciones y desaciertos, esos que no se atreverían a presumir, pero que no ocultan pues los consideran maestros de aprendizajes dolorosos pero necesarios, o por lo menos así los aprendieron a valorar. En muchas de estas vivencias compartidas, las personas mayores lograron conectarse con sus propios demonios, y comprometieron su autodeterminación en realizar cambios que enmendaran el dolor experimentando por sí mismos y por otros, en suma se trataba de sacar el mejor balance.

*“Tratar de entender como las personas, es como la parte que más debo de trabajar y que en este camino me siento con esa obligación, como con esa misión de dar amor para así hacerme como entender más, buscando las palabras correctas para no herir a nadie y para llegarle a las personas...” (PMMR71)*

El impacto positivo en la vida de las personas que los rodean es importante para los adultos mayores, la capacidad de servicio y disposición de ayudar a los otros como se estableció en el resultado anterior, es un distintivo de estas personas; ellos se organizan y ponen en marcha recursos, capacidades y voluntades para ejecutar acciones pertinentes que conducen a cambiar o transformar la necesidad de otros. No es de extrañar que la valoración que hacen personas cercanas o familiares con relación a sus mayores, ratifique su sentido de autoaceptación, esa actitud positiva hacia sí mismos, pues hay un reconocimiento por quienes son y lo que han logrado, desde esta visión muchas personas mayores se convierten en referentes para su familia y círculos cercanos. Esta visión externa les ha permitido afianzar la confianza y aceptación sobre sus capacidades y el andamiaje personal con que cuentan para sortear toda suerte de retos, convirtiéndose en actores proactivos al interior de su familia y comunidad. Además, se reconocen poseedores de saberes y habilidades que pueden desarrollar de manera óptima, encontrándose de frente con historias de vida que expresan balances muy positivos, donde afloran por doquier sentimientos de satisfacción, lo cual los lleva a expresar el agradecimiento profundo con la vida y con Dios por todos sus logros: *“He tenido que luchar, no me voy a poner a hacer tapujos, no ha sido fácil, pero hoy en día me siento muy satisfecho de mi vida en general, de los logros que he tenido por la gracia de Dios y hasta que Dios quiera”(GFCECSalado)*

A lo largo de la investigación se han encontrado elementos no reconocidos en relación al mundo de las personas mayores, uno de esos elementos que más sorpresa puede tener es redescubrir en estas personas, un deseo vital y constante, además de natural por continuar en proceso; las personas mayores como cada ser humano en el mundo habitable, no son procesos terminados, están

en curso y activos, pues para ellos se trata de un aprendizaje continuo, un descubrir incesante de sus capacidades y de aquello que los circunda, un asunto que llega a involucrar la capacidad intrínseca de saber, así como la oferta que la vida cotidiana y sus devenires plantea; esa vivencia de experiencias que les permiten avanzar y crecer como personas y seres humanos, tal como lo expresa una de las participantes de la zona rural: *“...siempre aparecen cosas interesantes y me meto ahí a internet y todo eso... Sí. ¡Ay! Que es que esto no lo entiendo, me voy para allá, me meto allá y ve a ver...Y no me va mal, soy una viejita, pero no me va mal” (GFCESaladorural)*

Sentirse con ganas de aprender y poseedores de un derecho para expresar abiertamente lo que piensan y sienten, es una de las características que defienden las personas mayores en especial los hombres del estudio, pues consideran que sus trayectos de vida les han conferido este derecho, que además sienten que se han ganado a pulso, pues desde el papel que han cumplido en sus familias como jefes de hogar y responsables del cuidado económico de sus seres queridos, han consolidado una autoimagen centrada en el reconocimiento de su labor con entrega y sacrificio:

*“...porque también no lo hemos ganado, porque hemos sabido levantar los hijos, hemos dado buen ejemplo, hemos sido buen ejemplo para ellos, ven que llevamos una vida correcta, una vida a lo bien, que no tenemos vicios, ni cosas raras, entonces tenemos el derecho de hablar y que nos escuchen” (GFCGAtardeSer)*

Así mismo, las personas mayores son poseedoras de una visión realista de la vida de acuerdo a sus experiencias acumuladas, a sus condiciones y a lo que han construido, para ellos la edad no limita en absoluto el poder realizar y alcanzar objetivos; los mismos que presentan hoy como un continuo donde buscan potenciar mejores condiciones de bienestar para sus hijos, nietos y demás seres queridos. Además, es importante señalar que una característica particularmente presente en las personas mayores está anclada en la no postergación de metas y objetivos, pues en ellos habita el sentido de vivir y disfrutar del tiempo presente más que del futuro, como lo demuestra uno de los testimonios: *“Por ahí estoy organizando para el 5 de enero, tengo programado con toda la familia un crucero por el Caribe” (PMHU86)*

Valoran además, todo lo que tienen y en todos los aspectos, lo mucho y lo poco; expresan en sus significados un gran sentido de satisfacción y gratitud por todo lo que han vivido y tienen esperanza en continuar enriqueciendo sus vidas con la compañía y el amor de sus seres queridos; además de poder disfrutar como propios, los logros que puedan celebrar de estos, pues su compromiso personal está en ser colaboradores de todo proyecto de formación o emprendimiento dentro de su círculo familiar, esto los inspira y le imprime propósito a su existencia.

Finalmente, en esta dimensión de autoaceptación, las personas mayores expresan un asunto muy relevante en la manera como conciben el vivir y envejecer, expresan su particular reconocimiento del proceso de envejecimiento; en este plantean un deseo profundo, de no llegar a experimentar la dependencia bajo condiciones en las cuales puedan llegarse a convertir en una carga física, económica y emocional para sus familias y seres queridos, pues hacen declaración sobre las implicaciones devastadoras que puede generar esta condición en su ser y aun reconociendo el amor filial que les profesan en sus hogares; y precisamente con la mente y el corazón puesto en ese amor, establecen de manera manifiesta un deseo y firme propósito, de sostener al máximo condiciones óptimas de independencia y autonomía a lo largo de estos años. A tal punto se reflexiona sobre este aspecto, que algunos han llegado a planificar de manera concienzuda, la forma como quieren enfrentar estos eventos y lo expresan:

*“...yo le digo mucho a mi esposo que si a mí me da una enfermedad grave o alguna cosa, que me lleve para un asilo, que con lo que yo gano de la pensión que me pague, que no le estorbe a nadie, ni sea causa de absorción para nadie...”(GFCECSaladorural)*

Además, según los resultados de la aplicación de la Escala de Ryff, la mayoría de los casos puntuaron alto en autoaceptación, solo se encontraron referencias de 2 personas mayores, ambas mujeres de 67 y 81 años, que puedan enmarcarse en niveles deficitarios, lo que apunta a que estas no poseen una clara aceptación sobre sí mismas, pues en muchos aspectos de sus vidas se pueden sentir decepcionadas, lo cual fue corroborado en las experiencias que compartieron a lo largo de las entrevistas ambas señoras:

*“Porque uno no crece, antes queda aplastado, porque uno se levanta con un desaliento. Cuando uno se para mal que va a crecer, antes uno se queda estancado, sino, no y así que me pare, así con ánimos, bueno, me paro mami y hago lo que tengo que hacer y ya...” (PMMU67)*

*“...en la vida es muy difícil uno decir que está bien, porque si no es por una cosa es por otra” y en otro comentario: “...no podía dejar los hijos solos por la situación económica, por pues, por muchas cosas, pero no porque yo no hubiera querido, sino que ojalá uno pudiera hacer pues tantas cosas, pero no” (PMMU81)*

Por el contrario, los demás casos expresaron una alta valoración sobre sí mismos como se planteó antes, corresponde a una lectura satisfactoria de sus logros y sus vidas; sin embargo, aspectos que involucraron vivencias relacionales con otros y generadas desde contextos externos a ellos, si llegaron a afectar sus niveles de complacencia con su pasado y con algunas de las situaciones que experimentaron dentro de esos periodos.



*“...yo me sentí angustiada, me sentí la indiferencia, me sentí mal pues que, que ellas habían obrado muy mal con ella y nunca les menté lo que le estoy contando a usted, no, nunca les menté, porque es que eso no, y si 50 veces le toca a uno apoyar la familia, lo hace...” (PMMU77)*

## **10.6 Los significados emergentes conectados a las dimensiones significativas**

En el compartir con las personas mayores del estudio tanto en los grupos focales como en las entrevistas, al indagar sobre las dimensiones del bienestar psicológico, emergieron una gran cantidad de aspectos que develan la importancia de otros significados asociados a este constructo de bienestar para las personas participantes. De tal forma que se encontraron componentes que aportaron robustez a esta investigación y que, en esencia, responden a la pregunta de investigación.

**10.6.1 Autocuidado...regla fundamental.** En las personas mayores cuando se abordaron los asuntos relacionados con la Autoaceptación, se pudieron extraer algunos significados que apuntaron a la relación que han construido con su autocuidado, una serie de rutinas que han instaurado para preservar su salud y alcanzar niveles más óptimos en el cuidado de la misma, pues reconocen en esta dimensión un factor fundamental de su bienestar, como lo comparte una persona del estudio:

*“Ahora, a finales del semestre, más temprano me entré al curso del coro porque ahí no tenía que hacer esfuerzo, como para salir de esa tristeza, de esa melancolía y me ha ayudado mucho, me gusta mucho y ya hace unos quince días reingresé al grupo de gimnasia porque ya me siento bien, ya yo subo a caminar por el Esmeraldal por lomas fuertes” (PMHU86)*

La adopción de hábitos y rutinas que les permitan disfrutar con moderación y responsabilidad actividades en su vida cotidiana, son el resultado de la conciencia que los habita en relación con el autocuidado. El compartir de vivencias y experiencias de las mujeres mayores aportaron elementos en la construcción de estos significados; para ellas estar pendientes de su cuerpo está unido a un entramado que recoge estados de salud, funcionalidad, nutrición y bien estar, estos se traducen en asuntos de importancia vital; mientras para los hombres del estudio, el autocuidado está justificado por el mantenimiento de la salud que les permita mantener por más tiempo funcionalidad y autonomía para moverse y desplazarse, en suma, es un asunto aunado a la independencia.

*“Como seres vivientes, tenemos un cuerpo, un cuerpo que, digámoslo así, somos una máquina viviente, qué es una máquina, un conjunto de piezas que se entrelazan entre sí para desempeñar un oficio...” (GFCESalado)*

Pero el autocuidado que practican las personas mayores no solo está asociado a la vivencia de su corporalidad y el mantenimiento de una buena salud; también está íntimamente ligada en la forma como evalúan situaciones presentes en su entorno familiar o en la convivencia social; llegan a realizar un rápido análisis, anticipando los impactos negativos que pueden generarles, circunstancias que se dan y pueden llegar a ser altamente desfavorables, creando malestar significativo en sus vidas, alterando incluso la convivencia familiar o social; por tal nivel de análisis, las personas mayores pueden realizar introspección sobre la situación y deciden tomar distancia considerable de estos eventos, preservando su estado de tranquilidad y serenidad que tanto valoran, como se aprecia en el compartir de esta señora:

*“Respetuosamente me alejo, porque eso de pronto me contamina. Así tengo una vecina... no aprendo como nada de ella, entonces mejor la evito sin ser, pues, que la vaya a discriminar o que la vaya a mirar feo, no, simplemente me alejo porque son personas que no están dispuestas a cambiar ni a dejarse ayudar...” (PMMR71)*

Así mismo, mantener una vida activa tiene gran valoración para las personas mayores, estar activos en términos de funcionalidad desde lo físico-corporal, la interrelación social, las capacidades mentales y los aprendizajes continuos; son considerados factores altamente significativos para el mantenimiento de un óptimo estado de salud y bienestar en la vejez, lo cual encarna elementos primordiales que trazan el camino del envejecimiento activo.

Sin embargo, dentro de esta categoría también se puede encontrar cómo en mujeres mayores, con el ánimo de no preocupar a su familia y bajo condiciones de limitado acceso a recursos, ocultan condiciones de salud física y emocional, las cuales postergan indefinidamente, sin buscar intervención médica o profesional que pueda evitar el que su condición se agudice; así mismas valoran este silencio como algo épico, asumiendo que hacen un favor a sus hijos y familiares, al no compartir su situación, de tal forma que comprometen no solo su bienestar presente, sino las condiciones que pueden garantizar su bienestar futuro, este es el caso de una de las participantes: *“Yo iba donde el médico y él me decía... te tenés que operar y yo ¡ay, doctor! con qué me voy a operar, si las niñas no tienen seguro, me dice:... tienes una vena tapada y yo: ah, bueno que sea lo que Dios quiera doctor..., que mis niñas se coloquen a trabajar y tengan un buen seguro...”(PMMU67).*

**10.6.2 La persona mayor es el primer agente de su bienestar.** Las personas mayores se sienten empoderadas en cuanto al logro de su bienestar, se autodenominan agentes de su propio bienestar, lo cual implica una responsabilidad frente a la búsqueda y consecución del mismo. Están convencidas que el reflejo de lo que experimenta cada persona en su vida, tanto lo positivo como lo negativo, es lo que conseguirá contagiar en el otro, de tal forma que la manera como cada sujeto se presenta ante las otras personas, debe estar filtrado desde el sentir más profundo y positivo de las cosas que piensa y siente, para lograr experimentar relaciones más productivas y satisfactorias.

*“...el primer agente del bienestar soy yo mismo, y si en mí no hay bienestar yo voy a ver malestar por todas partes, y el bienestar mío no está afuera, eso arranca dentro de mí, a mí la felicidad, nadie me hace feliz yo soy feliz, yo debo buscar la felicidad desde mi interior...” (GFCECSalado)*

El ser humano está habitado por una gran cantidad de emociones, sentimientos y experiencias, este es una especie de legado; por lo que esta compleja construcción personal es la que impulsa cada una de las acciones y reacciones de las personas. Para los participantes, es vital centrar la energía en producir a lo largo de los años un capital acumulado orientado a lo positivo de todo esto, pues centran su interés en prioridades y el valor que asignan a cosas y situaciones que circundan sus vidas; reconocen los cambios a medida que pasan los años, pues antes, esta selección estaba mediada por las preocupaciones y los afanes de la vida cotidiana; pero en su presente inmediato, cobran importancia mayor, asuntos ligados a estados mentales que involucran la tranquilidad y la paz interior, reportando mejores relaciones con ellos mismos y sus entornos.

*“...estar bien con la familia, económicamente tener uno con qué subsistir, la unión entre la familia y los vecinos y, pues, uno poder tener los recursos necesarios para lo que uno necesite y estar en paz con Dios y con toda la gente” (GFCGAtardeSer)*

Al reconocerse como los primeros agentes de su bienestar, las personas mayores asumen la autodeterminación como directriz de sus vidas, toman la responsabilidad por cada una de las acciones que realizan y no se conforman con las condiciones que la vida les presenta, pues si no les son favorables, toman decisiones que les permitan mejorar dichas condiciones o los impactos que estas desencadenan: *“Entonces nosotros miramos, cualquier situación difícil que nos encontramos están primero los hijos y mi señora, primero mi señora y mis hijos y después ya siguen mis hermanos y mis cuñadas y entre todos hemos sido capaz de resolver problemas, entre comillas porque uno cree que son problemas y a la hora de la verdad con situación difíciles, más no problemas, fáciles de resolver...” (GFCGAtardeSer)*

Además como poseedores de un conocimiento sobre sí mismos, tienen mayor acceso a la comprensión sobre lo que pueden o no hacer frente a lo que les afecta. Es así como las personas mayores no son espectadores pasivos de sus escenarios, en esto los participantes en su gran mayoría, tanto las personas mayores de los grupos focales como los entrevistados parecen estar de acuerdo, se esfuerzan en modificarlos, pues hacen el reconocimiento que están fuera, de una época que reconocen extravagante y díscola en sus manifestaciones materiales y relacionales, y más aún, si se trata de generaciones con las cuales se sienten potencialmente conectados desde el afecto filial, pero tremendamente distantes cuando se tocan asuntos relacionados con los límites, la norma social y la escala de valores.

*“Diferente porque ahora con esa cuestión del celular, ya se olvidó todo de la reunión con los padres. Usted va a una casa y todo mundo en su pieza con su televisor, con su celular...la tecnología es bonita, pero todo hasta cierto punto, hasta donde se respeten los derechos de los demás, pero uno llegar y todos, ocho en una sala y todos, ¿ya? Sí, por ejemplo, están en un restaurante cenando y todos pegados, nadie habla nada, todo mundo pegado del celular... No, y qué tal dormir con el prendido al lado de la cabecera” (GFCAAtardeSer)*

Para los mayores de esta investigación todo tiempo pasado fue mejor, tanto en términos de generaciones como de familia; lo que coincide además con su sentido de sociedad y el sentimiento de responsabilidad que los conecta a esta, donde valores como la honestidad y la rectitud desde el actuar y el pensar son distintivos que declaran:

*“...porque hemos sabido levantar los hijos, hemos dado buen ejemplo, hemos sido buen ejemplo para ellos, ven que llevamos una vida correcta, una vida a lo bien, que no tenemos vicios, ni cosas raras...” (GFCAAtardeSer)*

**10.6.3 La familia, hoy y siempre.** El protagonista principal y frecuentemente enunciado en cada una de las categorías de resultados y en los grupos focales como en las entrevistas, es precisamente la familia, pues en las personas mayores todo tiene que ver con sus esposos(as), hijos, nietos y miembros de la familia extensa; su familia se convierte para ellos en su bien máspreciado, del cual están irremediabilmente unidos en cualquier tiempo y lugar; bajo las circunstancias más felices o más desafortunadas, su bienestar no está completo sino incluye la familia, como al preguntarle a uno de los participantes sobre sus logros y este responde: *“Para mí, es uno estar, levantarse todos los días y estar tranquilo y haber cumplido con mi deber hasta hoy, mañana es otro día y ya el que pasó, pasó. Yo me siento muy tranquilo al levantarme todos los días, con mis hijos que van adelante...” (GFCECSalado)*

Para las personas mayores del estudio, la familia llega a ser el pilar fundamental, toda su cosmovisión está atravesada por la experiencia de vida anclada y construida desde la infancia; una experiencia marcada por la crianza tradicional fundada en valores firmemente arraigados producto del legado familiar que ha sido transmitido de generación en generación, pero donde cada vez se dificulta más la salvaguardia de dicha herencia, pues competir con la propuesta exuberante de la modernidad a las nuevas generaciones a quienes bombardea incesantemente con innovación y prodigios tecnológicos, convierte la crianza tradicional y su correlato axiológico, en anacronismos sin mayor fuerza dentro de la vida familiar y social. Sin embargo, para las personas mayores del estudio, todavía poseen gran valor estas antiguas líneas de crianza que marcaron sus vidas y la manera como hoy en día siguen enfrentando toda suerte de retos.

*“...mire, la tecnología ahora en cada pieza hay un televisor, cada muchacho tiene una tablet, tiene un celular, entonces ya el papá y la mamá están en el mismo cuarto, el computador, entonces en esa época era muy bueno porque el radio se escuchaba y se apagaba a ciertas horas y se compartía en la misma mesa...entonces mire que la tecnología y el modernismo afecta la educación de los niños...” (GFCGAtardeSer)*

Las experiencias dentro de la vida familiar, marcaron la visión positiva o negativa que hoy ostentan las personas mayores; los significados construidos sobre asuntos como la vida, la muerte, la enfermedad, el amor, la amistad, la familia y el sentido de vida y la existencia; elementos atravesados por significados y valor conferido a través de un conocimiento previo heredado; son referentes grabados indeleblemente a través del contacto y la oralidad, estableciendo relaciones mediadas por la solidaridad, la intimidad y el amor, todo esto alimentado en el entorno familiar; un escenario no exento de confrontaciones, por el contrario, fortalecido desde la lógica del desencuentro, donde lazos profundos de respeto y aceptación, generan concesiones sin vulnerar a quienes en su momento protagonizaran la situación. Esta es la perspectiva que defienden las personas mayores cuando se aborda el tema de la familia y los lazos familiares, son asuntos altamente sensibles y que se traducen en su aliciente fundamental, sobre el cual no pierden autoridad y responsabilidad.

*“Las normas claras en su casa, porque es que uno, el hogar es, para mí el hogar es una empresa como cualquiera. Yo hace muchos años recuerdo que senté a los hijos y a mi señora, nos sentamos... Un día me tocó y los senté y les dije: bueno, aquí la situación es muy fácil, la obligación de ustedes es estudiar...Su mamá la obligación que tiene es velar que a ustedes no les falte nada con sus uniformes, con sus cuadernos, sus cosas, y yo me encargo de trabajar y mantener el hogar, entonces mire que sí tenemos obligaciones cada uno, entonces a partir de ahí vamos a ver a quién le toca una cosita y a quién la otra” (GFCGAtardeSer)*

En el caso de las mujeres mayores de la investigación, su sentir en relación a la familia está fuertemente arraigado al sentido del cuidado, los hijos y su bienestar priman sobre cualquier consideración que no esté orientada a este propósito. La madre que cuida, se sacrifica y soluciona, es la madre que representa a estas mujeres, para las que nunca termina la labor de la crianza, de acompañar, de apoyar, de cuidar, de dar incesantemente todo y a todos. En estas mujeres sus hijos, el sacrificio y la abnegación por estos lo justifican todo, aun si tienen que enfrentar violencia o situaciones donde su vida y su integridad están comprometidas.

*“...yo también he luchado es por mis hijos, porque la vida mía tampoco ha sido fácil, porque el esposo mío es muy bebedor, ha sido desde que me casé súper borrachín, pero yo brego, de todas maneras...” (GFCESaladorural)*

A pesar de ser la familia, la red primaria de apoyo en las personas mayores, dentro del estudio también se percibieron casos en los cuales hay ausencia de significados y experiencias que recojan la vida de familia; particularmente en uno de los hombres participantes, donde las referencias frente al aspecto y vínculo filial se limitó a la descripción de la conformación familiar o enumerar las personas con las cuales compartía el techo; no se pudieron encontrar en el compartir de este participante, conexiones afectivas que mediaran estas relaciones, además por la carencia discursiva sobre estos asuntos.

**10.6.4 Pareja...ancla y sostén.** Si bien la familia es el propósito primordial en las vidas de las personas mayores, una parte fundamental de esa familia lo constituye la pareja, viva o muerta, ésta representa un punto de anclaje vital sin el cual se sienten perdidos o desconectados.

Del lado más positivo y reconfortante en la relación de pareja, esta se convirtió en un par sinigual, donde la confianza y la complicidad, sobrepasaron toda expectativa favoreciendo la convivencia y la vida familiar. Matrimonios de 43, 45, 50 y 61 años forjados por hombres comprometidos en la responsabilidad de cuidar, ser el sostén económico y seguro de sus hogares; proveedores responsables, quienes con ejemplo y disciplina apoyaron la crianza; y estos van acompañados con la presencia decisiva de mujeres compañeras empeñadas en sacar adelante una familia. En esta dupla donde las esposas son las guardianas del hogar, el polo a tierra en el manejo de los recursos familiares, la crianza y el cuidado de todos, ellas tienen muy claros sus objetivos; hijos criados en el amor y la disciplina que se conviertan en hombres y mujeres con valores y proyectos de vida firmes, capaces de construir sus propias familias, en las cuales sean ejemplo y reflejo de todo lo aprendido, comprometidos con la sociedad en la cual viven y trabajan.

*“...si algo tenemos en la vida, ella y yo, es porque por ella y yo lo tenemos, por eso lo tengo, yo le digo a los hijos: las cositas que tenemos, muchas o poquitas se las debo a su mamá, porque mientras yo trabajaba duro, ella sabía cómo economizaba, nunca dejó aguantar hambre a ninguno, ni nunca les dijo póngase la ropa de este, no. Ella supo ahorrar y en este momento estamos disfrutando de una mujer que supo manejar las cosas...” (GFCEAtardeSer)*

Así mismo, se identifican parejas donde la estabilidad y la lealtad han caracterizado su proceso de convivencia, lo que han construido lo lograron sorteando toda suerte de dificultades. Es por esto que para aquellos que han sufrido la muerte de su pareja, esta pérdida representa enfrentarse a un gran vacío emocional y una melancolía que año tras año les recuerda lo efímero del tiempo, traen a la memoria las épocas donde disfrutaban de la compañía de sus esposas y esposos, y donde la fuerza conjugada de ambos, impulsó cada meta, cada logro, a cada hijo; todo enfocado hacia objetivos comunes.

*“...yo he manejado una tristeza interior muy fuerte que he tratado de superar ¿no cierto? ya lo he superado mucho porque antes yo no consentía. Yo un tiempo me tuvieron que quitar las fotos de allá, un tiempo...” “61 años, imagínese, nosotros nos contábamos todo, claro” (PMHU86)*

Pero del lado deficitario de vivir y estar en pareja en estas personas mayores, también se pueden encontrar experiencias marcadas por la violencia, el alcoholismo, las soledades y múltiples dificultades económicas generadas por ese par; lo que se traduce en una vida plagada de desilusión, que se experimenta como carga obligada a razón de decisiones del pasado, que a fuerza de los años ya no consideran viable descartar; esta experiencia erigida desde el dolor dificulta una visión positiva del bienestar en las mujeres adultas mayores.

*“...no es que estos muchachos le tienen mucha pereza a él, ellos no vienen es por él, porque él es, ya es muy cansón, pero él llegaba borracho, les pegaba, trataba mal, tenía que salir con esa recua de muchachos a media noche por ahí, entonces la vida fue muy dura, muy dura...” (PMMU81)*

**10.6.5 Espiritualidad...Dios.** Dios es una referencia constante en el discurso de las personas mayores del estudio, gratitud y reconocimiento caracterizan su postura espiritual. Dios es centro y poder dentro de sus vidas, lo describen como artífice en la gran mayoría de sus logros; así como frente a las situaciones difíciles que han atravesado estas personas, sus familiares o grupo cercano, este actúa con poder inconmensurable para ayudarlos a salir adelante sorteando obstáculos, enfermedades o problemas coyunturales en sus vidas; dotado con potencia invisible pero contundente, Dios actúa en las vidas de estos mayores que todo lo ponen a su merced con fe inquebrantable; tanto si los resultados son favorables como perjudiciales, las personas mayores encuentran consuelo mediante la

aceptación sumisa de “su voluntad”, pues los caminos de Dios son inescrutables y siempre guardan un propósito. Esta concepción espiritual que habita en la gran mayoría de los participantes tanto hombres como mujeres, evidencia un significado profundo y personal en cuanto a la vivencia de su espiritualidad y relación con Dios.

*“Para mí lo más importante, primero que todo Dios, el que tiene a Dios no le falta nada” (GFCESaladorural)*

Su fe en Dios marca los pasos y el tránsito entre sus vidas y la muerte, un deseo de trascendencia que los protege de pensar en la incertidumbre que pueda encumbrar la enfermedad y los duelos pasados y futuros; esos que despiertan la “pensadera” y colma el alma de temores frente a la idea de desaparecer. Ampararse bajo el abrigo protector de la fe, responde en los mayores a su necesidad de encontrar refugio en medio de la adversidad, consuelo ante el despropósito que pueda llegar a presentarse en su trayecto de vida. La sensación de tranquilidad que los embarga el poder asir esa liana salvadora, les da fortaleza para enfrentar cualquier evento adverso, sin desestimar esfuerzos y sacrificios, como lo comparte una de las participantes de los grupos focales a raíz de su tránsito por el diagnóstico y recuperación de un cáncer:

*“Yo aprendí a quererme y a valorarme y a sentirme como la hija única de Dios, después de que tuve cáncer... en mi recuperación, entendí en el 2011, a finales del 2011, entendí que yo soy la joya más preciosa de Dios y como joya preciosa de Dios debería de cuidarme...” (GFCESalado)*

La espiritualidad concebida así, se traduce en una suerte de legado familiar, que las personas mayores tratan de introyectar en sus hijos, nietos y parientes, pero con poco éxito, según ellos; pues necesitan convertirlo en el pilar clave de la convivencia familiar, motor de las acciones individuales y colectivas, y por lo cual serán recompensados y sus vidas estarán bendecidas siempre por Dios. Esta es la construcción de su significado de la espiritualidad, arraigado en una religiosidad que impulsa cada una de sus acciones desde una convicción profunda, de origen intrínseco.

**10.6.6 Salud-enfermedad: pérdidas, tristezas parte de un continuo.** La presencia de pérdidas, ligadas a procesos de enfermedad, donde puede llegar como consecuencia la muerte, son eventos que se presentan de manera constante en esta etapa de la vida. El envejecer, enfermar y morir, son realidades sobre las cuales se habla de manera indirecta, por lo menos en las personas del estudio, estos asuntos se tocaron como experiencias narradas con un sentido de lo ajeno y pragmático, citando eventos relacionados con familiares cercanos a quienes amaban y cuya situación de salud afectó su capacidad productiva o funcional:



*“...por la enfermedad de papá, porque no quería venirse, porque él trabajaba en un... en ese entonces le iba bien gracias a Dios, pero se enfermó y entonces ya no pudo volver a trabajar” (PMMU67)*

*“...pero desafortunadamente vino una enfermedad que lo incapacitó mucho tiempo, entonces, a ver, la dificultad económica porque en ese momento hasta que no terminara la incapacidad, no les pagaban el seguro...” (PMMU77)*

Curiosamente el asunto de envejecer en los discursos compartidos tanto en las entrevistas individuales como en grupos focales, toma tintes reduccionistas que apelan a lo funcional, donde se mide lo que se puede o no hacer a partir de la llegada de los años, donde pareciera que para estos la salud sí es un asunto contrapuesto a la enfermedad. Pero tratándose del asunto de la enfermedad, se amplía el panorama tocando fibras aún más sensibles, pues en muchas de estas experiencias se dan de frente contra el dolor, uno que se acrecienta cuando el protagonista es alguien a quien aman profundamente; pareja, hijos, hermanas, todos miembros de su círculo relacional inmediato:

*“El problema más difícil mío, de nosotros, fue la enfermedad de papá, eso fue lo más duro porque le dio cáncer, le tuvieron que hacer la quimio y era un dolor escucharlo quejarse, horrible, horrible, eso era horrible, no teníamos vida ni en el día, ni en la noche, porque estábamos pendientes de él...” (PMMU67)*

En algunos de los apartes sobre experiencias de cercanía con la enfermedad, las personas mayores narran eventos de manera vívida, algunos desde su propia vivencia, todo lo que experimentaron, sintieron y pensaron cuando atravesaban cada fase del proceso mórbido, hasta llegar al restablecimiento paulatino de la salud; es así como esta vivencia refuerza en ellos, una necesidad creciente de establecer pautas de autocuidado y responsabilidad personal para con su propia salud y la de su familia. Sin embargo, otros asuntos se juegan cuando se trata de la enfermedad en el otro, un ser amado que sufre, esta circunstancia pone a prueba todas sus capacidades, alerta máxima sobre la cual opera una inagotable capacidad de acompañamiento y disposición de recursos personales y familiares; todo confluye en las personas mayores, líderes indiscutibles de esta brigada por la salud; acompañan, gestionan, trasnochan, defienden, todo a la vez y por el tiempo que sea necesario.

*“...estábamos pasando necesidades porque mi esposo estaba enfermito y no podía trabajar y las dos niñas mías con su obligación, pero siempre nos ayudaron, pero para qué si no se conseguía nada, por eso fue que mi esposo se enfermó porque lo operaron, no había medicina, los doctores prácticamente le mandaban medicamentos, pero no se conseguían, ahí fue que nos vinimos y me duró 20 días aquí, se me murió a los 20 días de venimos...” (PMMU67)*

Sin embargo, algunos procesos de enfermedad están atravesados a su vez por huellas de un pasado donde la convivencia estuvo marcada en violencia, maltrato y amenazas; de ahí que el paso por este padecimiento se le imprima una marca de castigo, pero que a su vez tiene el carácter de ser compartido; pues sufre quien lo padece y sufre quien lo acompaña, entendiendo este compartir no desde la voluntad de querer estar, sino de tener que estar, como lo comparte una de las participantes cuando habla de sus actividades y el cuidado que debe hacer con su esposo:

*“...es que yo he hecho de todo, ya no porque después de que me operaron, claro que yo a veces me pongo a ensayar a ver si puedo tocar los platillos (la señora pertenecía a una banda músico marcial del municipio), pero sí, muy bueno aprender, pero ya el tiempo, ya la brega con él, ya muy difícil” (PMMU81)*

Con el asunto de la muerte, los significados construidos y compartidos tienen tejidos muy similares como se dijo antes, la muerte no está vista en el plano de lo propio y lo personal; se está ante ella como espectador, pero quienes la han tenido que asumir como parte inseparable de sus vidas, la describen como algo terrible de experimentar, es altamente traumático; el perder un ser amado, que en la mayoría de los casos enunciados se trataba de la pareja, representó una fractura irremediablemente insuperable en su trayecto de vida. Quienes sufrieron pérdidas, coinciden en expresar que aunque la vida continúa y sus proyectos siguen con ajustes necesarios, las cicatrices quedan y el dolor persiste.

*“Únicamente la pérdida de no estar papá, ni mi hermanita, ni mi esposo, sinceramente uno no lo cree en el momento en que le dicen a uno, uno cree, uno piensa que es mentira y va mirando las cosas en realidad y sí, entonces claro una en esos momentos sufre muchísimo y la falta de ellos que pasa los días, los días y más falta le hacen a uno” (PMMU67)*

Los asuntos relacionados con la dualidad salud – enfermedad, fueron similares en varios casos; en dos con niveles deficitarios y uno con nivel óptimo, se pudieron identificar procesos mórbidos de largo aliento, pero donde sus estados patológicos, no llegaron a impactar tanto su sentido de bienestar como las vivencias de pérdidas, violencia o maltrato de las que fueron protagonistas.

**10.6.7 Programa de adulto mayor Envigado...Siempre una oportunidad.** Espacios de compartir, conocer personas, relacionarse, construir aprendizajes, intercambiar saberes, distraerse o simplemente disfrutar y reír; son algunas de las actividades que les posibilita el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM) del municipio de Envigado a su población beneficiaria. Los grupos a los

cuales pertenecen y lo que pueden encontrar en estos espacios, los han llevado a encontrar oportunidades para su crecimiento personal y en comunidad.

*“Yo tuve que hacer un examen de consciencia muy interior y me sentí con vacíos emocionales y el principio espiritual dice: No nos podemos quedar solos con nuestros apremiantes problemas, hay que buscar ayuda... con eso he venido a este Centro...” (GFCECSalado)*

La oferta de los Centros de Encuentro Ciudadano (CEC), donde se desarrollan las actividades del Programa de adulto mayor son la oportunidad para que estas personas encuentren diferentes formas de desarrollar sus capacidades y compartan sus habilidades y conocimientos, realicen aprendizajes y ocupen sus vidas con acciones que disfrutan; además pueden hacerlo cerca a sus hogares pues la idea de los CEC es acercar la oferta institucional a las personas en las diferentes zonas del municipio. Las personas mayores pueden compartir y, con su participación en los diferentes espacios que se propician, llegan a fortalecer la resiliencia; esta interacción les ha permitido construir sentidos nuevos sobre muchas de las experiencias que han atravesado en el tránsito de sus vidas; la compañía de personas que conocen de tiempo atrás, ya sea porque son vecinos o por lazos de amistad que han cultivado a lo largo de los años, para estos mayores es la posibilidad de encontrarse, comunicar y conectar desde lógicas y nuevos aprendizajes, lo cual favorece que se conecten profundamente con lo vivido.

*“...Y nos reunimos todas ahí en una mesa, dijimos: muchachas, cómo vamos a llamar esto ¿Reunión de amigas? – No. Pongámoslo Costurero, entonces toda la que iba llegando “Vea que Margarita me mandó para el Costurero” y bueno. Pero eso, aquí he aprendido mucho eso, yo siento que me he fortalecido...” (PMMR71)*

Este compartir de experiencias, la complicidad, el poder identificarse y conectarse con el otro, demuestra el gusto que sienten por estar activos, desarrollando potencialidades y encontrando nuevas formas de habitar, de apropiarse del entorno que en muchos casos no es tan accesible, pues para algunos puede llegar a tornarse extraño y desafiante, dado lo vertiginoso de los cambios en una época como la actual, caracterizada por la modernidad líquida, plagada de cambios y transformación constante; la estabilidad experimentada por las personas mayores sobre sus vidas, trabajos, familias, y demás variables, se convierten ahora en algo más transitorio y en recuerdo añorado de mejores épocas. Todos estos son debates y reflexiones de personas mayores, propiciadas por los encuentros y las actividades que realizan en los espacios institucionales creados para ellos. Sin embargo no todos se sienten representados, hay quienes encuentran demasiado limitada esta oferta, pues no responde a sus intereses, como el caso de uno de los hombres participantes, quien cree que son muy pocos los espacios y las actividades de los CEC que hayan sido pensadas de acuerdo a intereses

masculinos; en efecto, al evaluar con detenimiento la oferta del PAIAM del municipio de Envigado, se puede observar una feminización de esta, favoreciendo además como ya se ha evidenciado, la afluencia cada vez mayor de población femenina en estos programas, como lo explica el participante cuando habla de la oferta de actividades en el CEC San Marcos: *“No, porque allá es bordados y bobadas así que son para mujeres” (PMHU86)*

Las personas mayores son quienes validan la inversión y existencia de programas diseñados para ellos, son dinamizadores de estas propuestas ejecutadas al interior de los diferentes CEC. En estos si bien se preocupan por ofertar actividades que apunten a desarrollar el potencial humano y cognitivo de todos los adultos mayores, también sería de gran utilidad implementar otras ofertas que cubran los intereses de la población masculina, propiciando el acercamiento de estas personas y su vinculación a los CEC y a los diferentes programas, en los cuales encuentren razones por las cuales permanecer y ampliar sus redes de apoyo.

Dentro de las posibilidades a las cuales pueden acceder al interior del programa, está el acceso a servicios que de manera particular sería costoso cubrir y por otro lado, su participación en estas actividades les proporciona el distanciamiento necesario de preocupaciones o problemas cotidianos que enfrentan:

*“Aquí sí, lo que hace que me metí aquí ya no, como le digo yo, no pienso tanto. Cuando eso yo estaba en la casa y no sabía ni que hacer, para donde ir y uno hay veces sin plata no puede salir, entonces que me tenía que quedar en la casa, pero lo que hace que estoy aquí me entretengo” (PMMU67)*

Así mismo, quienes se distancian del programa por diferentes razones, el regresar y vincularse nuevamente a los grupos y sus actividades, les proporciona bienestar físico y mental. La incorporación a estos colectivos les permite aprender a superar soledades, tristezas y estados de preocupación; mediante la participación y la creación de espacios nuevos, moldeados de acuerdo a sus iniciativas; les da nuevo sentido a sus saberes, el poder compartir valida cada espacio y tiempo que invierten en transmitirlos. De ahí, que el programa más que actividades, espacios o charlas, se traduce para las personas mayores en oportunidad para el encuentro, el crecimiento personal y la oportunidad que cada quien toma para superar, enfrentar o aprender lo que su ser requiere para estar y sentirse bien.

*“Nosotros aquí hemos sido felices. Hemos paseado, participamos, chismoseamos, para mí los jueves son sagrados, yo busco quién cuide a papá porque para mí esto aquí es delicioso, haber conocido tantas personas que hemos compartido...” (GFCECSaladorural)*

El que los programas y su planificación este orientada a las necesidades e intereses de las personas mayores, es fundamental para lograr su involucramiento y participación; además, considerar la heterogeneidad que representa la población adulta mayor del municipio, es vital para reconocer la necesidad de implementar la construcción de nuevas ofertas, que integren la visión tanto femenina como masculina y sus necesidades. El reto está en generar para este grupo poblacional, mejores ofertas institucionales; involucrando además a familias y comunidades, y que juntos puedan aportar de manera activa al planteamiento de nuevas formas de interacción y desarrollo de programas para el adulto mayor, donde se permita la creación de espacios y proyectos que favorezcan el envejecimiento activo y productivo para hombres y mujeres, no desde lo económico, sino desde la evolución y el desarrollo de potencialidades humanas.

## 11. Discusión

*“El envejecimiento como la vida misma, no pertenece a una disciplina académica. Como objeto de estudio es interdisciplinario por su propia naturaleza...Esto es bueno para quienes lo estudian porque, la verdad, es demasiado grande y se ve atrapada entre las grietas de los paradigmas disciplinarios” Chales F. Longino Jr. (1938-2008)*

Se vive y se envejece diferente según las condiciones de vida y la sociedad en la cual desarrolla la vida de las personas, pues la vejez es una construcción social, que enmarca las experiencias y eventos significativos a lo largo del curso de vida<sup>154</sup>. De ahí que hay tantas formas de envejecer como personas existen, realidad que se ve corroborada por los significados aportados por las personas mayores del estudio, no podemos homogenizar el envejecimiento y los resultados lo demuestran. Así mismo, no se puede estandarizar su vivencia sobre el bienestar psicológico que aparece influenciada por aspectos como la edad, el género, el nivel socioeconómico y por transiciones y cambios, unos previstos y otros por completo inesperados como lo señalan Ryff y Keyes citados por Dulcey-Ruiz<sup>155</sup> y por la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Colombia<sup>156</sup>, que representa la fotografía del envejecimiento en el país.

Los resultados de esta investigación, refuerzan la necesidad de mirar el envejecimiento desde los determinantes del envejecimiento activo<sup>157</sup>, desde los cuales se propende por el desarrollo del pleno potencial del bienestar individual y colectivo y donde cada uno sería el agente o gestor de su propio envejecimiento<sup>158</sup>. En la Encuesta SABE Colombia, lo que respecta a bienestar está determinado como dimensión esencial en el abordaje de la Calidad de vida, un universo bastante amplio y multidimensional, que implica además el bienestar físico y el psicológico y se relaciona con necesidades materiales y psicoafectivas<sup>159</sup>; donde a propósito del bienestar dice Villatoro, que es subjetivo y a su vez reúne múltiples dimensiones<sup>160-161</sup>. Los hallazgos de este estudio, reafirman lo planteado por la encuesta SABE Nacional, que hace consideración sobre aspectos materiales y de ingresos como elementos importantes citados dentro del bienestar; y donde a su vez, estos son generadores de sentimientos como la seguridad y la tranquilidad<sup>162</sup> condición que también refieren las personas mayores de esta investigación y que va en coherencia con los hallazgos de un estudio realizado en personas mayores sobre la salud mental positiva en 2009 por Andrea Martínez y colaboradores<sup>163</sup>.

Precisamente, en relación a aspectos económicos que hacen parte importante del bienestar, citar carencias en las garantías económicas para enfrentar las necesidades y ante la falta de un ingreso pensional que garantice su cubrimiento, encuentra concordancia con la búsqueda de ingresos planteado en el estudio, bien

sea por medio de un trabajo o empleo informal; que si bien no es el común denominador entre los participantes, sí representa un anhelo y una urgencia para algunos adultos mayores, en especial hombres de bajos recursos económicos, quienes no cuentan con garantías en el cubrimiento de sus necesidades básicas<sup>164</sup>. Asunto que para el caso de las mujeres si bien en algunas de las participantes el no contar con ingresos propios o estables, representa preocupación dadas las condiciones socioeconómicas de sus hijos o el tener que someterse a situaciones que las obligan a permanecer al lado de sus esposos, por razones más de dependencia económica que afectivas; la búsqueda de ingresos es una condición menos presente, dado que ellas mantienen este tipo de relaciones de subordinación con sus esposos o con sus hijos, producto de una limitada trayectoria laboral y el rol doméstico predominante en estas generaciones; esto es corroborado en el informe sobre seguridad económica y pobreza en la vejez, organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CELADE, donde entre otros asuntos, se plantea que “la satisfacción de necesidades de las mujeres en la vejez depende no sólo de la capacidad de pago, sino también de la naturaleza de las redes de apoyo en que transcurre esta etapa de la vida”<sup>165</sup>.

Ahora bien, en la relación entre condiciones de vida, trayectoria vital y bienestar, las personas del estudio coinciden en establecer unas jerarquías dependiendo de la vivencia singular que hayan tenido; por ejemplo, para quienes su situación económica ha sido una urgencia constante, es vital el cubrimiento de sus necesidades básicas como elemento fundamental del bienestar; mientras para quienes han gozado de cierta holgura económica, este bienestar si bien reúne componentes materiales, priorizan la presencia de elementos más de tipo espiritual, emocional y relacional como sus pilares y esto, la SABE también lo plantea al referirse a las expectativas y la percepción que manejan las personas sobre la calidad de vida<sup>166</sup>.

Así mismo, los significados construidos por las personas mayores alrededor del bienestar psicológico, están en sintonía con la visión a la que Anita Liberalesso<sup>167</sup> se refiere cuando cita a Lawton y sus cuatro dominios sobre la calidad de vida, de las cuales el bienestar psicológico o subjetivo -que para la autora representa otra forma de llamarlo-, está unido a los otros tres dominios: las competencias comportamentales, las condiciones objetivas del ambiente externo y la calidad de vida percibida; su conjugación, arroja un panorama que considera además, valores y expectativas individuales y colectivas, así como condiciones orgánicas y psicológicas de las personas. En todo este imbricado complejo relacional queda establecido por la autora que en efecto, el bienestar psicológico se configura como un fenómeno subjetivo que se correlaciona a su vez con multiplicidad de dimensiones.

En esta vía, el dominio del entorno es una de las dimensiones que mayor relevancia le dieron los participantes, denotando habilidad para establecer sus prioridades y un adecuado manejo de los entornos en los que interactúan. En esta vía, según el estudio de Otero Ramos sobre adultos mayores se atiende más las circunstancias y recursos personales para que dicha interacción sea constructiva, pues alude a la adquisición de valores que posibilitan la autorrealización<sup>168</sup>; lo cual coincide con los hallazgos de la SABE Colombia, que refiere tres entornos donde las personas se relacionan y desarrollan su cotidianidad: el hogar, el barrio y otro de tipo institucional<sup>169</sup>, en estos, las personas mayores se encuentran y despliegan su potencial de participación. Si bien en la investigación, no se delimitan estos tres escenarios, si se tiene establecido la calidad de las interrelaciones y la importancia que para el adulto mayor representan; hay coincidencias en la comodidad que les representa desenvolverse en su ámbito familiar y el institucional; esta última opción la materializan en la participación activa en los grupos de los diferentes CEC. Estas vivencias del entorno las experimentan como positivas, ya que pueden mantenerse activos, fortalecer sus habilidades y cualificar sus interacciones. Los resultados de la SABE Colombia señalan una visión sobre los entornos y el envejecimiento activo, donde se destaca el papel fundamental que tienen estos entornos en la construcción de la calidad de vida de las personas mayores sobretodo en lo que se refiere a la participación y la interacción; así como en el ejercicio de la autonomía y el bienestar<sup>170</sup>.

Además, es interesante cómo en otras investigaciones con adultos mayores la dimensión del Dominio del entorno, tiende a presentarse más afianzada a medida que pasan los años, según estudios citados por Mayordomo en su investigación sobre Bienestar psicológico (2016), plantea que esta dimensión aparece más elevada en adultos mayores, pues desde mediana edad se estabiliza hasta la vejez<sup>171</sup>.

En cuanto a las relaciones que establecen las personas mayores con otros, esta dimensión está claramente enmarcada en la generación de redes, tanto primarias como secundarias. Sin embargo, en términos del envejecimiento activo, estas relaciones también se presentan íntimamente ligadas a la participación como componente clave en el tipo de envejecimiento formulado por la OMS, que incluye además del relacionamiento con las personas, el dominio del entorno<sup>172</sup>.

Por consiguiente, los resultados respecto a las relaciones interpersonales, pusieron en evidencia la importancia que les confieren y la clasificación singular con relación al nivel de intimidad, confianza y cercanía que comprometen. Las redes primarias de apoyo son las que instauran con mayor frecuencia y más con el paso de los años, son las que se tienen con la familia. Esto tiene además un posible sustento en cuanto a que, a medida que pasa el tiempo las redes sociales



“se reducen y las relaciones se restringen de forma paulatina al entorno físico más cercano”<sup>173</sup>. Así mismo, en otros círculos relacionales como los que pueden establecer con sus vecinos y en los grupos del programa, estas personas mayores encuentran oportunidades de interacción mediadas por la solidaridad, soporte emocional o psicológico; además del apoyo instrumental recibido en situaciones de necesidades y contingencias que irrumpen en la vida cotidiana<sup>174</sup>.

Así mismo, la disminución de personas con las que se establecen relaciones son comunes tanto en hombres como en mujeres, asunto que se ve reflejado en el tamaño que componen sus redes sociales tanto primarias como secundarias, lo que puede llegar a limitar el nivel de soporte social. Existen planteamientos que debaten esta premisa como los expuestos por Arias y Iacub, quienes plantean que en relación con las redes de apoyo social en los adultos mayores, estas representan una amplia variabilidad y no se pueden hacer generalizaciones al respecto<sup>175</sup>; así como tampoco se puede suponer la existencia o correspondencia de una red determinada que permita acceder a niveles altos de bienestar; de tal forma que esta distinción solo le corresponde asignarla a cada una de las personas mayores de acuerdo a sus particularidades y necesidades<sup>176</sup>.

En ambos casos, tanto redes primarias como secundarias, se evidencia compromiso claro y genuino por parte de las personas mayores, quienes en general establecen límites relacionales para moverse e interactuar dentro de cada grupo establecido. Además, en las mujeres se pudo observar una mayor facilidad para instaurar, mantener y afianzar estas redes, tanto la primarias, relacionadas con vecinos y amigos, como las secundarias cultivadas desde lo institucional<sup>177</sup>; su capacidad para relacionarse y establecer mayores lazos no solo en la comunicación, también en el compartir es evidente; en ellas hay un predominio de la conservación de estas interrelaciones y el cuidado por el otro.

En efecto, el contar con redes de apoyo y poder gozar de su correlato, el soporte social, les permite a las personas mayores afianzar su sentido de seguridad y bienestar en su vida cotidiana, generando sentimientos de confianza, acrecentando una lógica sobre el sentido de estar y vivir<sup>178-179</sup>. Guzmán y colaboradores plantean que esto se traduce en oportunidades de mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional<sup>180</sup>.

En la Encuesta SABE, se presenta un aspecto que apela a la manera como las personas construyen su identidad, roles y responsabilidades; esta configuración para los hombres está muy ligada a resultados, productividad alcanzada y seguridad económica lograda para ellos y sus familias; y donde lo pensional hace parte del éxito alcanzado<sup>181</sup>; en este sentido los hallazgos de este estudio en la dimensión de autoaceptación, confirman que la visión de aprobación sobre sí mismos y lo que han logrado, guarda estrecha relación con su misión de

proveedores y guardianes de la estabilidad del hogar en términos financieros y de autoridad, quienes dan directriz en la formación y la toma de decisiones.

Bajo la dimensión de autoaceptación, se concibieron significados asociados al autocuidado, este lo circunscriben como parte de unas rutinas instauradas en su vida cotidiana<sup>182</sup>, las cuales han internalizado como parte fundamental para mantener y cuidar su salud no solo la referida a lo físico, involucra también estados mentales, emocionales y sociales<sup>183-184</sup>; lo cual está muy ligado a su necesidad de mantenerse activos y autónomos; esta última visión está ampliamente asociada a la descripción de las actividades de la vida diaria (AVD), donde el autocuidado está referido principalmente, a las acciones del cuidado sobre la corporalidad con fines de funcionalidad<sup>185</sup>.

Avanzando en la discusión, el bienestar psicológico está muy ligado al ámbito familiar. La familia se traduce en columna vertebral, de la cual se desprende la fuente más importante de apoyo social que reciben las personas mayores. La vinculación afectiva y emocional con cada uno de sus miembros es vital para alcanzar altos niveles de satisfacción y seguridad. La vida familiar, está compuesta de un sinnúmero de situaciones que no siempre traen gratificación para las personas mayores; pues la presencia de desacuerdos y conflictos frente a aspectos relacionados con las formas de vivir y enfrentar la cotidianidad, así como diferentes formas de ver y reaccionar, propios de cada generación; son aspectos que evidencian gran tensión. La crianza, los valores, las tradiciones, y el mundo actual, todos estos se presentan como elementos de quiebre generacional, y de difícil trasmisión<sup>186</sup>.

De acuerdo a lo anterior, los significados sobre el bienestar están atravesados por la presencia de la familia y todo lo que se ha logrado con respecto a ella, representan la satisfacción por un deber cumplido a cabalidad y enmarcado en la prolongación de gratitud y afecto que experimentan desde y con hijos, nietos y familiares; de tal forma que hoy son las personas mayores, los receptores de cuidados y consideraciones<sup>187</sup>. Es interesante observar las diferencias en cuanto a los papeles asumidos por hombres y mujeres dentro del hogar; en la encuesta SABE Colombia esto está relacionado con una clásica diferenciación en los roles dentro de la familia, donde se supedita lo femenino al cuidado del hogar y la crianza de los hijos; mientras lo masculino, está inscrito en proveer los recursos económicos para el hogar a través del desempeño en la vida laboral<sup>188</sup>. Vale la pena decir, que con los cambios sociales que atraviesa la sociedad, como la incorporación de la mujer al mundo laboral, los contextos de inestabilidad laboral y la reducción en el número de hijos, puedan representar a futuro una inversión de roles o una transformación en las generaciones envejecientes.

Ahora bien, los participantes del estudio, no refirieron significados relacionados con el cuidado de los nietos, o la vivencia del abuelazgo de la forma como lo describe la SABE; por el contrario, si bien existen unas buenas relaciones de cercanía y afectividad intergeneracional, no se instaura en estos la participación directa sobre la crianza y el cuidado de sus nietos; más bien se denota una participación periférica donde acompañan pero no asumen responsabilidad sobre estos, de ahí que los participantes, refuerzan el compromiso ineludible de los padres para con sus hijos<sup>189</sup>. En definitiva, la familia mantiene en las personas mayores una motivación por vivir y existir, sin distinción de género, su presencia y apoyo están anudados a logros y sueños que se establecen, son los impulsores para seguir disfrutando y luchando los años venideros<sup>190</sup>.

Por otra parte, el lugar de la pareja en los hallazgos del estudio concuerdan con lo encontrado en la SABE, donde coexisten diferentes experiencias en torno a este componente; si bien se presentan de un lado relaciones armónicas, estables y afectivas; también se narran al igual que en la investigación, experiencias de vida en pareja marcadas por la violencia y el maltrato<sup>191</sup>; aunque a diferencia de lo que se encontró en la encuesta<sup>192</sup>, los hallazgos de este estudio dan cuenta que los vínculos con la pareja revisten para los adultos mayores, lazos fuertes y soporte vital en sus vidas, a tal punto que ante su falta, entran a experimentar sentimientos de minusvalía y de sentirse incompletos.

Ahora bien, con respecto a la espiritualidad como dimensión esencial en el bienestar psicológico de las personas mayores, esta ocupa un lugar primordial en su autopercepción de la salud, lo que amplía la mirada reduccionista que se asentaba solo en lo fisiológico<sup>193</sup>. La visión sobre Dios compartida por las personas mayores, está arraigada en la religiosidad, dado que esta apela a la presencia de una divinidad y aunque en muchos casos no se evidencia su compromiso con prácticas que puedan dar cuenta de una fe determinada, si puede demostrarse en estas personas, elementos que apelan más a una religiosidad intrínseca, determinada por la coherencia entre lo que creen y lo que viven<sup>194</sup>. Autoras como San Martín, plantean que tanto religiosidad como espiritualidad se pueden expresar social e individualmente, y ambas tienen la capacidad de promover o impedir el bienestar; orientan aspectos vitales, así como el sentido y propósito de la vida<sup>195</sup>.

En estudios realizados en adultos mayores sobre religiosidad y género en México, se estableció que la vivencia del sufrimiento cuando se presenta la muerte de la pareja o la enfermedad en familiares, se manifiesta diferente en hombres y en mujeres<sup>196</sup>, y aunque en el estudio las cifras no revelan aspectos cualitativos que se puedan inferir al respecto, si puede decirse que estos hallazgos van en dirección contraria a los significados compartidos por las personas mayores del presente estudio, pues en estos como ya se evidenció, las pérdidas generan

estados de gran pesadumbre y tristeza sin distinción de género. Otros estudios sobre el afrontamiento religioso en personas mayores, plantean que más que un asunto de género, lo que está en juego son las estrategias y recursos disponibles para enfrentar las exigencias del medio y las pérdidas<sup>197</sup>; en otras palabras, se estaría haciendo alusión a lo que Casullo llama, factores que les permiten a las personas protegerse y sobrevivir, el llamado capital social<sup>198</sup>.

En cuanto a fenómenos presentes de la vida cotidiana, el proceso salud – enfermedad se demarcó como aspecto significativo en el bienestar de las personas mayores del estudio, donde pareciera según los hallazgos que están supeditados a que la presencia de enfermedad, habla de la ausencia de la salud y viceversa. Al respecto, en la encuesta SABE esta dupla adquiere significados asociados, pero no están en lados opuestos, por el contrario, se plantea que la salud no es opuesta a la enfermedad y tampoco es ausencia de esta<sup>199</sup>.

Así mismo, un aspecto interesante de la presente investigación en lo que respecta a los procesos mórbidos y la vejez; lo aportan las personas mayores quienes no asocian la enfermedad a la vejez, pues defienden la idea que se puede estar igualmente en un excelente estado de salud téngase la edad que tengan, lo cual va en sintonía con lo planteado en Envejecer en Colombia de Cursio y colaboradores, donde se plantea que la Vejez no es enfermedad<sup>200</sup>, y se agregaría, no necesariamente es enfermedad; lo cual es confirmado en el estudio, donde en varios de los participantes se pudo testimoniar que aun en medio de tener comprometida su situación de salud, dichas afectaciones no las relacionan con los años. Sin embargo, sí se evidencia en cambio, el compromiso que estos procesos mórbidos tienen con relación a los bajos niveles de bienestar experimentados; dimensiones de este bienestar que se ven duramente impactados por las vivencias dolorosas y traumáticas que han atravesado en su trayecto de vida; dicha influencia puede tener sustento en lo planteado por estudios de Ryff sobre el papel que el bienestar eudaimónico<sup>201</sup> aporta en la protección contra procesos de enfermedad física o mental.

Del mismo modo, la salud es un aspecto clave en la percepción de bienestar de los participantes, sin embargo la conciben como ausencia de enfermedad. Autores como Gallegos y colaboradores hacen una conceptualización de esta, trascendiendo lo biológico y funcional, integrando además lo mental, social y espiritual<sup>202-203</sup>; aspectos que si bien no fueron citados de manera explícita dentro del significado de la salud por el estudio, si lo integran cuando describen su visión sobre el bienestar psicológico. Además, se debe tener en cuenta que la presencia de estados de bienestar psicológico y mental va a influenciar de manera positiva el desarrollo de la salud en las personas<sup>204</sup>, sirviendo como escudo protector en procesos de enfermedad. Vásquez y Castilla plantean que hay una posible relación entre el bienestar psicológico o eudaimónico que plantea Ryff con

mecanismos de regulación afectiva y las conductas supervivenciales<sup>205</sup>. Se plantea además, que es particularmente interesante el papel del bienestar eudaimónico en relación a la salud, como elemento amortiguante o protector ante eventos negativos o situaciones difíciles, de tal forma que la relación entre estos dos conceptos bienestar y salud, están influenciados pues el primero fomenta el segundo; y no solo opera a nivel de la salud física, también influye en el afrontamiento de problemas y la promoción de los hábitos de vida saludable<sup>206-207</sup>.

Ahora veamos una parte importante que arrojaron los resultados de este estudio, que está relacionado con la visión que tienen las personas mayores sobre ser los primeros agentes de su bienestar, no se trata solo de lo que pueden alcanzar a nivel económico como garantía de su subsistencia y la de su familia; se trata además de las capacidades y estrategias personales que ponen al servicio de la búsqueda y mantenimiento de su bienestar. Si bien hay estudios que citan la importancia de la autodeterminación<sup>208</sup>, no se hace evidente el autoagenciamiento del que hablan las personas mayores de esta investigación, que implica además del ejercicio de su autonomía, una responsabilización sobre las formas de enfrentar los eventos y las circunstancias que se hacen presentes tanto de manera programada como intempestiva en sus vidas; un asunto que tiene todo sentido para ellos pues impacta directamente sus condiciones de bienestar psicológico. Este hallazgo va en contraposición absoluta con la descripción que hace Trujillo García<sup>209</sup>, donde señala una pérdida de control y resignación presente en la población de adultos mayores.

Otro aspecto relevante está centrado en lo que respecta a la llamada economía generacional y las transferencias intergeneracionales, que apuntan a la destinación de los recursos entre generaciones a lo largo del transcurso de vida<sup>210</sup>; se pueden identificar otros puntos de quiebre con visiones tradicionalmente planteadas, pues en lo concerniente a los resultados de este estudio, las transferencias están más del lado de las personas mayores hacia sus hijos, nietos y familiares, que de estos a los padres. En los mayores habita un sentido arraigado de apoyo incondicional hacia sus familias, impulsan todos sus proyectos y planes bien sea en la formación o en el emprendimiento; y para ello, hacen uso de todos sus recursos emocionales, económicos y familiares, que juiciosamente han logrado salvaguardar por años; lo anterior desdibuja por lo menos en una gran parte de los casos estudiados, la dependencia económica promulgada de los adultos mayores.

Para concluir, es importante considerar que ante constructos tan complejos como calidad de vida y bienestar así como el mismo bienestar psicológico; las propuestas teóricas que los abordan y que han tenido gran relevancia explicativa, han aportado luces comprensivas sobre su multidimensionalidad, pero solo se ha logrado indagar superficialmente a través de la fragmentación de sus

componentes. Igualmente, en este intento nos quedamos cortos cuando tratamos de desentrañar la naturaleza misma que produce la integración de elementos del bienestar psicológico y que hace tan complejo develar el cómo impactarlos con suficiente fuerza como para lograr una transformación estable y duradera; por lo cual su abordaje desde diferentes perspectivas y en especial las de naturaleza cualitativa como la que se realizó en este estudio, representan un desafío constante, pues aportan elementos comprensivos en dirección a despejar las múltiples incógnitas que lo dinamizan en la vida cotidiana de las personas, lo que se considera desde un punto de vista humilde, requerirá investigación de años como las que se han efectuado alrededor de categorías como la Psicología positiva y otras más antiguas como Calidad de vida y Bienestar, que sin duda se conecta a ellas.

Desde esta perspectiva, constructos como calidad de vida y bienestar dan cuenta de múltiples diferencias según las condiciones culturales y contextuales en las cuales se vive y se envejece, y si se trata de Bienestar psicológico estas diferencias dependerán además de factores individuales, familiares y sociales. De tal forma que cuando encontramos estudios sobre categorías macro muy estudiadas en diferentes contextos y poblaciones como las antes citadas, estos dan pistas sobre lo que las personas valoran y las razones que tienen para vivir y existir; además de las condiciones que consideran necesarias para desarrollarse y ser felices; todas estas muy cercanas por lo evidenciado en los resultados, con los significados construidos por los participantes sobre el bienestar psicológico. Incluso cuando se rastrean investigaciones que toman en cuenta este bienestar eudaimónico, como las adelantadas por Zubieta y colaboradores (2011)<sup>211</sup>, Navascués y colaboradores (2016)<sup>212</sup> y en Colombia, Pineda Roa y colaboradores (2017)<sup>213</sup>; así como los que se desarrollan con población adulta mayor en autores como Otero Ramos y colaboradores (2017)<sup>214</sup>; Vera (2013)<sup>215</sup>; Tomas Miguel y colaboradores (2008)<sup>216</sup>. Todos estos estudios se encuentran más direccionados a la búsqueda de su medición, a través de modelos cuantitativos que usan múltiples escalas que han sido desarrolladas en las últimas cuatro décadas con el auge de la psicología positiva, y cuyos resultados distan de presentar un acercamiento un tanto más exhaustivo y cualitativo de las dimensiones a un nivel más comprensivo, como lo que se ha tratado de dilucidar en este estudio.

Ahora bien, frente al Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM) y las implicaciones que esto genera en el ámbito aplicado, según se ha visto en las construcciones y los aportes de esta investigación; es donde se puede apreciar como este tipo de contextos institucionales favorecen la presencia e incremento de bienestar psicológico en las personas mayores.

Se hace evidente en la descripción del PAIAM, la consideración de diversas áreas de interés que impactan la calidad de vida de las personas mayores, sin embargo,

desde los hallazgos de este y otros estudios, es importante señalar asuntos que deben guardar especial cuidado; como el poder garantizar la accesibilidad de las acciones e intervenciones a todo las personas mayores, aun aquellas que presentan dificultades de salud y que no pueden moverse de manera autónoma y funcional<sup>217</sup>, pues la no garantía en las condiciones impone barreras a personas mayores con otros niveles de funcionalidad y para quienes participar de este tipo de programas favorecería su bienestar, impactando positivamente el desarrollo de sus capacidades y habilidades cognitivas, emocionales y sociales. Por todo lo anterior, es importante considerar generar entornos saludables y dignos para personas mayores con movilidad reducida o que tengan limitaciones que les impidan desplazarse hasta los diferentes escenarios donde se realizan los programas, de ahí que es vital considerar la implementación de estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), como una forma de brindar garantía a los derechos en atención de estas personas y sus familias<sup>218</sup>. Además, establecer mejores condiciones para este grupo de personas mayores puede evitar la presencia del síndrome de fragilidad o vulnerabilidad biológica; pues al cuidar más la salud y las condiciones de vida de estos adultos, se minimiza el riesgo de su aparición y con ella la disminución de su funcionalidad.

En resumen, de todo lo señalado anteriormente habría que resaltar que, si bien a escala poblacional, es necesario plantear las acciones sociopolíticas (mejorar los sistemas de salud y de protección social, incrementar las pensiones, adaptar las condiciones ambientales, etc.), desde un punto de vista individual psicosocial lo que importa es promocionar en los individuos aquellas condiciones que optimicen un envejecimiento satisfactorio. En la base de este modelo, se proponen las condiciones individuales que han de promoverse en el individuo con el fin de lograr un envejecimiento óptimo (Fernández-Ballesteros)<sup>219</sup>

## **Limitaciones del estudio**

En cuanto a las limitaciones que se pueden señalar dentro del presente estudio de investigación se deben contemplar:

1. El no haber incluido una caracterización socioeconómica y considerar las diversas condiciones de salud de las personas mayores participantes, es una limitante de este estudio. Ambas condiciones de vida representan tópicos importantes a los cuales se debe apuntar en próximas investigaciones sobre el bienestar psicológico, dado que estas son temas sensibles que prestan gran afectación a los significados de bienestar, como fue señalado en el apartado de resultados.
2. En cuanto al uso de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, se debe tener presente para futuras investigaciones, una adecuada adaptación de dicho instrumento a un contexto como el nuestro y en poblaciones como nuestros adultos mayores; pues en el uso instrumental que se le dio dentro de la presente investigación tuvo grandes dificultades en su comprensión y calificación como se señaló en el apartado sobre la escala; además, las valoraciones corresponden a países con contextos socioculturales muy diferentes al colombiano. El uso de dicho instrumento de evaluación se ha registrado en contextos de investigación cuantitativa y estudios de corte poblacional, por lo cual no se recomienda en investigaciones cualitativas.

El último estudio psicométrico rastreado sobre la Escala de Ryff se hizo en adultos jóvenes colombianos y fue publicado en 2018<sup>220</sup>.

3. Se reconoce que al tratarse de un abordaje de tipo cualitativo, los hallazgos no pretenden llegar a la generalización en todo tipo de población adulta mayor, pero se espera que encuentren resonancias con diferentes abordajes donde la perspectiva sobre el bienestar psicológico o eudaimónico sea abordado con una mirada desde la psicología positiva, y en especial desde la salud mental positiva.



## 12. Conclusiones y recomendaciones

1. Los significados del bienestar psicológico que construyeron y compartieron las personas mayores participantes de esta investigación de estudio de caso cualitativo, coinciden de manera representativa con tres de las dimensiones propuestas en el modelo teórico de Carol Ryff: dominio del entorno, relaciones positivas con otros y autoaceptación.

2. Además de las dimensiones señaladas por Ryff, emergieron otros significados que encuentran relación con las citadas dimensiones de la autora; incluso se encontró que estas dimensiones se combinan y otras tienen mayor representatividad de aportes, razón por la cual, se realizó el análisis sobre las dimensiones de mayor saturación de significados (dominio del entorno, relaciones positivas con otro y autoaceptación).

3. El Dominio del entorno como significado predominante dentro del bienestar psicológico que conciben las personas mayores de Envigado, apela a la manera como hacen uso de sus recursos personales, capacidades y habilidades; y la manera como las ponen en marcha ante los desafíos y/o problemas que deben afrontar. Se destacan los logros obtenidos desde la formación, el trabajo, la disciplina y la familia; los proyectos y actividades que disfrutaban, lo que les permite crecer como personas y miembros activos de una sociedad, de lo cual se sienten orgullosos.

4. Los significados que construyeron las personas mayores en la dimensión de relaciones positivas con otros, aparecen ligados al sentido de vida y aspectos vitales para su bienestar como la familia, pues todo lo que proyectan lo desarrollan con la visión de familia y el impulso por mantener una vida tranquila y sin sobresaltos no solo para ellos mismos, también la hacen extensiva a todos sus seres queridos, en especial hijos y nietos. Se evidencio de manera clara, que su visión de futuro y de disfrute de la vida misma, está atravesada por el logro de objetivos, todos relacionados con su ámbito familiar; su sentido de logro esta aunado de manera inherente a todo lo que se hace y les representa la familia.

5. La autoaceptación como dimensión del bienestar psicológico en la vejez, representó una de las categorías más robustas dentro los significados que compartieron las personas mayores. En estos mayores, la narrativa aflora claramente la manera como se ven y se definen así mismos, no les apena reconocer las limitaciones y las faltas que en su curso de vida habitan. En esta dimensión aparece un significado complementario a su capacidad de aceptarse y

definirse, es el de autonomía; este aporta luces sobre la manera como asumen esta parte de su vida en la vejez. La autonomía concepto ampliamente discutido en la literatura como una de las dimensiones que más aporta al bienestar psicológico; esta sin embargo, en las personas mayores del estudio es una situación que dan por sentada en sus vidas, se traduce en parte inherente a ellos y de su cotidianidad. Es un asunto que se puede indagar a profundidad en otro estudio, y que podría arrojar luces interesantes para trabajar con la familia y desentrañar los elementos que hacen que la autonomía percibida de estos adultos mayores sea tan determinante y sólida.

6. El estudio reveló además algunos aspectos del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor de Envigado que deben ser revisados en pro del bienestar de las personas mayores que atiende:

-En primer lugar, está planteada una feminización de los contenidos de las actividades, favoreciendo una mayor participación de mujeres. En ese sentido se sugiere ampliar las oportunidades de participación masculina a través de la formulación de ofertas más acordes con sus necesidades e intereses, lo cual implica acercarse a indagar de manera más profunda en los gustos y aficiones que ocupan la vida de nuestros hombres adultos mayores. Esto les brindaría entornos que favorezcan su relacionamiento social e involucramiento en procesos que van en sintonía con los determinantes del envejecimiento activo. Así mismo, la participación así como el fortalecimiento de las redes de apoyo tendrían mayor amplitud en la vida cotidiana de estos varones. Este componente exige una flexibilización y la revalorización de los saberes de cada uno de los beneficiarios pues en muchos casos tienen mucho que aportar, de tal forma que se puede dar un intercambio activo y novedoso de saberes, desde la cultura del respeto y el reconocimiento por el recorrido y la experiencia de las personas mayores.

-En segundo lugar, la necesidad de ampliar las posibilidades que tienen las personas mayores de participar de los distintos servicios que se hace desde el programa, de tal forma que ser beneficiario del apoyo económico que se brinda no sea excluyente para la participación de los otros servicios del PAIAM. Lo anterior, está justificado por la importancia que cobra dentro del bienestar psicológico, la calidad de las redes de apoyo social, tal como lo evidencian los hallazgos; si bien es una realidad que para muchos de los mayores lo económico y la seguridad social integral es un asunto garantizado, en muchos otros adultos mayores, estas condiciones se encuentran desprotegidas o en ausencia total de cobertura.

-En tercer lugar, el municipio de Envigado está construyendo su política pública de envejecimiento, por lo cual se está ante una oportunidad para que sus lineamientos incluyan acciones que favorezcan el bienestar psicológico de las

personas mayores. Se sugiere que la política tenga un enfoque de curso vital, que propenda por la calidad de vida, trascendiendo la mirada exclusiva sobre las condiciones de vida. Una política pública que favorezca el relacionamiento, la participación social y política del colectivo de personas mayores como sujetos de derechos y con capacidad para aportar a la transformación de sus condiciones de vida y el logro de su propio bienestar. De tal forma que sea un gran paso hacia la transformación cultural y social que se ha mantenido sobre el envejecimiento y el transcurso de vida de los seres humanos.

7. Retomar aspectos sobre el bienestar psicológico que las personas mayores aportaron y que no estaban contemplados de manera explícita en la propuesta teórica de Ryff, pero que emergieron a lo largo del análisis, posibilita ampliar la mirada teórica sobre este constructo. Corresponde a una complejidad que no se ha podido delimitar pero que sin duda aporta elementos a considerar en cuanto al estudio del bienestar psicológico (eudaimónico), elementos importantes que proporcionan un viraje hacia las potencialidades y las capacidades dinamizadoras de logros y metas de la condición humana.

8. En relación a los aspectos objetivos del bienestar, los participantes en general señalaron balances positivos y logros de mayor satisfacción. También se encontraron casos de personas mayores atravesadas por incertidumbres económicas y múltiples carencias pero con una actitud optimista; surge entonces una pregunta ¿acaso con esto se corrobora la llamada “paradoja de la vejez”?<sup>221</sup>, pareciera que con todo y lo que han pasado y siguen enfrentando, estas personas mayores siguen decididas en mantenerse enfocadas en lo positivo que tienen en sus vidas, aquello que les permite disfrutar y poner sus capacidades y potencialidades en el presente con una férrea voluntad de estar y vivir bien.

Finalmente, Los significados que se lograron construir en esta investigación dejan abierta una invitación a tratar de impulsar un cambio en las representaciones sociales de la vejez que se ha construido en occidente acerca de lo que significa ser persona mayor, “hacerse viejo”, asociado a representaciones infortunadas de dependencia, tristeza, enfermedad y visitas recurrentes a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS). Estos resultados dan cuenta de la necesidad de superar estos estereotipos y la gerontofobia; generar lenguajes y visiones renovadas sobre el envejecimiento y la vejez. Ocuparnos en mejorar para todos y todas, las condiciones en las cuales vivimos y envejecemos todos los días, mirar el envejecimiento en clave de curso vital y no como una etapa previa a la muerte; estas transformaciones pueden darse desde contextos familiares hasta niveles de política que incidan en la reformulación de las representaciones sociales de la vejez. Se trata de una apuesta de largo plazo, a la que pueden aportar nuevas

investigaciones que validen la visión positiva del ser humano y de la vejez, lo que redunde en la visibilización de capacidades y habilidades, pues el envejecimiento poblacional es un hecho demográfico que no tiene retroceso, y su impacto en el desarrollo y evolución de nuestras sociedades requiere desaprender muchas de las concepciones que se han difundido hasta ahora. Es hora de potencializar fuerzas, no solo productivas también considerar legados y saberes de generaciones más sabias y prudentes que desean ser escuchadas.

## Referencias bibliográficas

1. Granda Ugala E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. Rev. Fac. Nal. de Salud Pública. 2008;(26):65-90.
2. Organización Iberoamericana de Seguridad Social y Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Plan estratégico: resumen de ejecución. 2014 – 2018. p 20. Consultado en: [http://www.oiss.org/IMG/pdf/Plan\\_estrategico\\_2014-2018.pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/Plan_estrategico_2014-2018.pdf)
3. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Oficina de promoción social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá, D. C., junio de 2013.
4. Organización Iberoamericana de Seguridad Social y Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. Apuntes para un diagnóstico. 2007. Consultado en: <http://www.oiss.org/Proyecto-Personas-Mayores,4750.html>.
5. Antioquia. Gobernación de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín, agosto 2013. p, 42.
6. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Oficina de promoción social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá, D. C., junio de 2013. p, 24.
7. Antioquia. Gobernación de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín, agosto 2013. p, 45.
8. Envigado. Análisis de la situación de salud. Documento. Secretaria de salud. Municipio de Envigado. 2015.
9. Página Otraparte. Historia de Envigado. Consultado en: <https://www.otraparte.org/casa-museo/envigado/historia-de-envigado.html>
10. Envigado. Indicadores de estructura demográfica 2017. Construcción Secretaría de Salud - Municipio de Envigado, a partir de proyecciones de población DANE 2005-2020. Envigado, año 2017.
11. Página Otraparte. Historia de Envigado. Consultado en: <https://www.otraparte.org/casa-museo/envigado/historia-de-envigado.html>
12. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Ley 1276 de 2009. Ley de Adulto mayor en Colombia. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Alcances%20de%20la%20Ley%201276%20de%202009.pdf>

13. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos Toca a todos. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2003.
14. Cardona D, Segura A, Garzón M, Cano S. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia Colombia. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro. 2016; 19(1):71-86. p, 72.
15. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Red latinoamericana de gerontología y Fundación Cepsiger para el desarrollo humano. Bogotá, febrero de 2015. p, 184.
16. Antioquia. Gobernación de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín, agosto 2013. p, 40.
17. ídem, 40.
18. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Red latinoamericana de gerontología y Fundación Cepsiger para el desarrollo humano. Bogotá: febrero; 2015. p, 228.
19. ídem, 230.
20. Organización Iberoamericana de Seguridad Social y Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Plan estratégico: resumen de ejecución. 2014 – 2018. Consultado en: [http://www.oiss.org/IMG/pdf/Plan\\_estrategico\\_2014-2018.pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/Plan_estrategico_2014-2018.pdf)
21. Ortiz J, Castro M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribuciones de enfermería. Ciencia y enfermería. 2009; 15(1): 25-31.
22. ídem, 26.
23. ídem, 27.
24. Vásquez C, Hervas G. Salud positiva: del síntoma al bienestar. En: Vásquez C, Hervas G, editores. Psicología positiva aplicada. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. S.A.; 2008. p. 29-30.
25. Vivaldi, Flavia; Barra, Enrique Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores Terapia Psicológica, vol. 30, núm. 2, julio, 2012, pp. 23-29 Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago, Chile
26. Villavicencio, María & Colunga-Rodríguez, Cecilia & Ángel-González, Mario & Vega-López, María & Cardona, Guillermo. (2013). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores Mental health and quality of life in the elderly.
27. Ortiz Arriagada Juana Beatriz, Castro Salas Manuel. BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES, SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA Y LA AUTOEFICACIA: CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA. Cienc. enferm. [Internet]. 2009 Abr [citado 2019 Oct 29] ; 15( 1 ): 25-31. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000100004&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>.
28. Carmona Valdés, Sandra Emma, EL BIENESTAR PERSONAL EN EL ENVEJECIMIENTO. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [Internet]. 2009;IV(7):48-65. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/211014858003>

29. Otero IM, López Y, Matos A, Díaz FA. Bienestar psicológico en adultos mayores que conviven en familias extensas. Artículo original. Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria. Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud". La Habana, Cuba. 2017; 12(3).
30. Rodríguez Daza K. Vejez y envejecimiento. Grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano. Documento de investigación N°12. Universidad del Rosario, Escuela de medicina y ciencias de la salud. Enero, 2011. p, 19. Consultado en: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf)
31. Carbonell A, Aparicio V, Delgado M. Efectos del envejecimiento en las capacidades físicas: implicaciones en las recomendaciones de ejercicio físico en personas mayores. Rev. int. med. cienc. act. fis. Deporte. 2009 Oct. 5 (17):1-18. Consultado en: <http://www.cafyd.com/REVISTA/01701.pdf>.
32. Arias C, Iacub R. Porque investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. Publicación UEPG Ci. Hum., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa. 2013 Jul; 21(2):271-281. p 272.
33. ibídem, 278.
34. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Rev. Panam. Salud Pública. 2016; 39(3): 166-173.
35. Vásquez C, Hervas G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. Anuario de psicología clínica y de la salud. 2009; 5: 15-28.
36. Arango V, Ruiz I. Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. Fundación Saldarriaga Concha. p, 16. Consultado en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>
37. Fericgla JM. Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Barcelona; Ed. Antropos; 1992. p, 61.
38. Revista Semana 35 años: Envigado. El Mónaco colombiano. Agosto 1987. Consultado en: <http://www.semana.com/especiales/articulo/envigado-el-monaco-colombiano/9268-3>.
39. Nieto A. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? Salud UNINORTE. 2007; 23 (2): 292 - 301.
40. Rodríguez JP, Vejarano AF. Envejecer en Colombia. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 2015. p, 27.

41. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Categorías y conceptos. Red Latinoamericana de Gerontología y Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano. Bogotá: febrero; 2015. p, 53.
42. ibídem, 84.
43. ibídem, 49.
44. ibídem, 51.
45. ibídem, 71.
46. ibídem, 75.
47. Parales C. La construcción social del envejecimiento. Rev. latinoam. psicol. 2002; 32(1-2): 107-121.
48. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2014-2024. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/PO/CEHV-2014-2024.pdf>
49. Antioquia. Gobernación de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín, agosto 2013. p, 38-39.
50. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2018. Consultado en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf;jsessionid=737358ABEC2466E4997A9C3A48D7442E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=737358ABEC2466E4997A9C3A48D7442E?sequence=1)
51. ibídem, 275.
52. Arrubla Sánchez DJ. Vejez y asistencialismo en épocas neoliberales: Colombia 1970-2009. Doctorado Interfacultades de Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
53. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2018. Consultado en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf;jsessionid=737358ABEC2466E4997A9C3A48D7442E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=737358ABEC2466E4997A9C3A48D7442E?sequence=1)
54. Antioquia. Gobernación de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín, agosto 2013. p, 38-39.
55. Fericgla JM. Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Barcelona; Ed. Antropos; 1992. p, 67.
56. ibídem, 71-72.



57. Fernández Ballesteros R. El bienestar de los mayores. En: Vásquez C, y Hervas G, editores. Psicología positiva aplicada. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. S.A.; 2008. p, 372-376.
58. OMS. El abrazo mundial: campaña de la OMS por un envejecimiento activo. 2001. Tomado de: <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx> y [http://www.who.int/ageing/publications/alc\\_elmanual.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1)
59. Antioquia. Gobernación de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín, agosto 2013. p, 64-66.
60. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Categorías y conceptos. Red Latinoamericana de Gerontología y Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano. Bogotá: febrero; 2015. p, 107.
61. Organización mundial de la salud. Constitución de la Organización mundial de la salud: Los primeros 10 años de la OMS. Génova, 1958. [citado: 20 Mar 2012]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/a38153\\_annexes.pdf/](http://whqlibdoc.who.int/publications/a38153_annexes.pdf/)
62. Antioquia. Gobernación de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín, agosto 2013. p, 66.
63. CEPAL. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) -División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile, Diciembre 2006. p, 15. Consultado en: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/17.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/17.pdf)
64. Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 202-211
65. Lopera JD. El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. Rev. Fac. Nac. Salud pública. 2015; 32(supl.1).
66. ídem.
67. Stolkiner A, Ardila S. Conceptualizando la salud mental en las practicas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex rev. argent. psiquiatr. En prensa. 2012.
68. Urrego Mendoza Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. Rev. colomb. psiquiatr. 2007 sin mes; 36: 307-319.
69. Restrepo O, Diego A.; Jaramillo E., Juan C. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev.Fac.Nal. Salud pública. 2012 may-ago; 30(2): 202-211. Universidad de Antioquia.p.207.

70. Organización mundial de la salud. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente [Internet] [Consultado 2017 mayo 18]. Disponible en: [www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/](http://www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/)
71. Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 202-211 pag, 207
72. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Rev. Panam. Salud Pública. 2016; 39(3): 166-173. Pag, 166.
73. Vásquez C, Hervas G. Salud positiva: del síntoma al bienestar. En: Vásquez C, Hervas G, editores. Psicología positiva aplicada. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. S.A.; 2008. Pag, 22
74. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Informe compendiado. Organización mundial de la salud, Departamento de salud mental y abuso de sustancias, Fundación Victorian para la promoción de la salud (VicHealth) y Universidad de Melbourne, 2004. Francia. Capítulo 2. Consultado en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
75. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Rev. Panam. Salud Pública. 2016; 39(3): 166-173. Pag, 167.
76. idem.
77. ibidem, 169-170
78. OMS. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Informe compendiado. Organización mundial de la salud, Departamento de salud mental y abuso de sustancias, Fundación Victorian para la promoción de la salud (VicHealth) y Universidad de Melbourne, 2004. Francia. Capítulo 3. Consultado en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
79. Prieto Rodríguez A. Salud mental: situación y tendencias. Rev. Fac. Nac. Salud pública. 2002; 4(1): 74-88. Universidad de Antioquia. p, 76.
80. Federación Mundial de Salud mental. Informe: la salud mental y el envejecimiento. Psiquiatría Pública. 1999 sep-dic; 11(5-6). p, 171.
81. Cuadra Peralta A, Medina Cáceres EF, Salazar Guerrero KJ. Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con

- calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. 2016, 11(35): 56-67. Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.
82. Fragoeiro, I., Pestana, M. H. y Paúl, C. La salud mental en los ancianos de la Región Autónoma de Madeira: Estudio piloto. *Revista electrónica Gerokomos*. 2007, 18(4), Recuperado de <http://scielo.isciii.es/>.php?script=sci\_arttext&pid=S1134-928X2007000400004&lng=es.
83. Prieto Rodríguez A. Salud mental: situación y tendencias. *Rev. Fac. Nac. Salud pública*. 2002; 4 (1): 74-88. p, 86.
84. Arias C, Iacub R. Porque investigar aspectos positivos en la vejez. *Contribuciones para un cambio de paradigma. Humanit. Sin., Linguist., Lett. Arts, Ponta Grossa*, 2013 jul-dic; 21(2): 271-281.
85. Carmona Valdés S. El bienestar personal en el envejecimiento. *Iberóforum. Rev. Cienc. Soc. Univ. Iberoamericana*. Ciudad de México. 2009 ene-jun; Año 4(7): 48-65. p49-51. Consultado en: [www.uia/iberoforum](http://www.uia/iberoforum)
86. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Categorías y conceptos. *Red Latinoamericana de Gerontología y Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano*. Bogotá; febrero; 2015. p, 116.
87. Ibáñez A. Un acercamiento al "buen vivir". Consejo de educación popular de América Latina. (ponencia). Consultado en: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=13556&opcion=documento>. Ibáñez, Alfonso (2010). Un acercamiento al "Buen vivir". Consejo de Educación de Adultos de América Latina (canal). Ponencia presentada en la Asamblea Intermedia del CEAAL realizada en El Salvador, del 15 al 19 de noviembre 2010.
88. Izquierdo A. El buen vivir como un proyecto civilizatorio intercultural. 2014 jul-dic; Año 6(11). Consultado en: [www.contextualizacioneslatinoamericanas.com.mx](http://www.contextualizacioneslatinoamericanas.com.mx).
89. Delgado R GC. (coordinador). Buena vida, buen vivir: imaginarios alternativos para el bien común de la humanidad. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2014. 443 p. (Colección debate y reflexión).
90. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2016; 39(3): 166-173.
91. Zubieta E, Muratori M, Fernández O. El bienestar subjetivo y el psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud soc*. 2012 Ene-abr; 3(1): 066 – 076.

92. Vázquez C, Hervas G. Salud positiva: del síntoma al bienestar. En: Vázquez C, Hervas G, editores. *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. S.A.; 2008. p. 25 – 27.
93. *ibídem*, 31 – 33.
94. Zubieta E, Muratori M, Fernández O. El bienestar subjetivo y el psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud soc.* 2012 Ene-abr; 3(1): 066 – 076. p, 68.
95. Vázquez C, Hervas G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud.* 2009; 5: 15-28.
96. Zubieta E, Muratori M, Fernández O. El bienestar subjetivo y el psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud soc.* 2012 Ene-abr; 3(1): p 68.
97. Vázquez C, Hervas G. Salud positiva: del síntoma al bienestar. En: Vázquez C, Hervas G, editores. *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. S.A.; 2008. p, 27-30.
98. Carmona Valdés S. El bienestar personal en el envejecimiento. *Iberóforum. Rev. Cienc. Soc. Univ. Iberoamericana Ciudad de México.* Año 4(7). 2009 Ene-Jun: 48-65. p,51-52. Consultado en: [www.uia/iberoforum](http://www.uia/iberoforum).
99. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Categorías y conceptos. *Red Latinoamericana de Gerontología y Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.* Bogotá: febrero; 2015. p, 112.
100. *ibídem*, 109-110
101. Goncalves LM, Segovia S. La generación de proyectos de vida en adultos mayores. Autopercepción sobre competencias desarrolladas, posibilidades de aprendizaje y motivaciones. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación,* 9(1): 53-76. Consultado en: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.18175/vys9.1.2018.04>
102. Jaskilevich J, Badalucco P. Especialización en gerontología comunitaria e institucional. Módulo 12: Dispositivos Psicosociales con Adultos Mayores. Ministerio de Desarrollo Social. 2013. Presidencia de la Nación – Universidad de Mar del Plata
103. Iacub, R, Arias, CJ. El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues [Internet].* 2010;2(2):25-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720003>
104. *ibidem*, 28.

105. Dulcey-Ruiz, E. (1997). Envejecimiento, vejez y calidad de vida. En F. Leal, A. Mendoza-Vega, E. Plata. Hacia una medicina más humana. Bogotá: Panamericana.
106. Vargas Santillán ML, Arana Gómez B, García Hernández ML, Ruelas González MG, Melguizo Herrera E, Ruiz Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. 2017 jun; 17(2): 171-182, Colombia. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.2.6
107. Castaño-Vergara DM, Cardona-Arango D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. Rev. salud pública. 2015; 17 (2): 171-183.
108. Vargas-Santillán ML, Arana-Gómez B, García-Hernández ML, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. 2017 jun; 17(2): 171-182, Colombia. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.2.6
109. Ibidem, 180
110. San Martin Petersen C. Espiritualidad en la Tercera Edad. Psicodebate 8. Psicología, Cultura y Sociedad. 2007 nov. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Doctoranda. Doctorado en Psicología UP. Pag, 111-128.
111. Ibidem, 114.
112. Ibidem, 116
113. Rivera Ledesma A, Montero M. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. Salud Mental [Internet]. 2005;28(6):51-58. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262807> pag, 54.
114. Kaplan DB, Berkman BJ. Religión y espiritualidad en los ancianos. Manual MSD. Versión para profesionales. 2016. Consultado en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-de-la-vejez/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos>
115. Rivera Ledesma A, Montero López M. Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. Salud Ment. 2007 ene-feb; 30(1):39-47.
116. Cuadra Peralta A, Medina Cáceres EF, Salazar Guerrero KJ. Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología [Internet]. 2016;11(35):56-67. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83646545005>
117. The family watch. Instituto internacional de estudios sobre la familia. El papel de la familia en el envejecimiento activo. Informe elaborado por el Área de Salud. Serrano JA (Coordinador). Madrid 2013 abr. Artistas, 2(2).

Consultado en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>

118. Arroyo Rueda MC, Ribeiro Ferreira M. El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. *Ciencia UANL. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México.* 2011 jul-sep; 14(3): 297-305.
119. Arias CJ, Polizzi L. La relación de pareja. Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 2011 dic; 14(10),Especial:Eroticidade/Sexualidade e Velhice”: pp.49-71. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP
120. Arias CJ, Polizzi L. Pareja, hijos y amigos. análisis de sus atributos y funciones de apoyo social en la vejez. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires 2012.
121. Montes de Oca Zavala V. Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Temática Kairós Gerontología.* Sao Pablo, Brasil. 2011 dic; 14(5): 73-107.
122. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada. Medellín: La Carreta, editores; 2004. p, 11.
123. Galeano ME, Vélez OL. Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa. Centro de investigaciones sociales y humanas (CISH). Universidad de Antioquia; Medellín, 2002. p, 50.
124. ibídem, 70
125. Ibídem, 179.
126. Stake RE. Investigación con estudio de casos. Madrid: Ediciones Morata, S.L.; 1998. p, 16-17.
127. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada. Medellín: La Carreta, editores; 2004. p,74
128. Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión.* Universidad del Norte. 2006; 20:165-193. p, 184.
129. ídem.
130. ídem.
131. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3a. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.

132. [https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas\\_frecuentes\\_e\\_stratificacion.pdf](https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_e_stratificacion.pdf)
133. OMS. A Glossary of terms for community health care and services for older persons. 2004; 5. p, 42.
134. MMSE. Examen Cognoscitivo Mini-Mental (b). M. F. Folstein, S. E. Folstein y P. R. McHugh y G. Fanjiang. Adaptadores: A. Lobo, P. Saz y G. Marcos. Adaptación española (pruebas clínicas más reconocidas y utilizadas para la valoración de las funciones cognitivas y del estado mental en adultos).
135. Antioquia. Gobernación de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. Medellín, agosto 2013. p, 86 y MEC. Consultado en: [http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini\\_mental.pdf](http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf)
136. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada. Medellín; La Carreta, editores.; 2004. p, 65-66.
137. Simons H. El estudio de caso: teoría y práctica. Madrid: Ediciones Morata S.L.; 2011. p, 21
138. Díaz D, Rodríguez Carvajal R, Blanco A, Moreno Jiménez B, Gallardo I, Valle C, Dierendonck D. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* [en línea] 2006, 18 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 22 de julio de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>>
139. Vásquez C. Psicología positiva aplicada. Capítulo I: intervenciones positivas, un marco conceptual. España: Ed. Desclee de Brouwer, S.A.
140. Díaz D, Rodríguez Carvajal R, Blanco A, Moreno Jiménez B, Gallardo I, Valle C, Dierendonck D. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* [en línea] 2006, 18 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 22 de julio de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>>
141. Páez D. Cuaderno de prácticas de psicología social y salud: Fichas técnicas sobre bienestar y valoración psicosocial de la Salud Mental. Manuscrito no publicado. San Sebastián: Universidad del País Vasco. 2008; p, 22-24.
142. Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Facultad latinoamericana de ciencias sociales FLACSO. México, 2008. p, 79 – 82.
143. Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*. Universidad del Norte. 2006; 20:165-193. p, 183
144. ídem.

145. Martín R. Estadística y metodología de la investigación. Consultado en: [https://previa.uclm.es/profesorado/raulmmartin/Estadistica\\_Comunicacion/AN%C3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf](https://previa.uclm.es/profesorado/raulmmartin/Estadistica_Comunicacion/AN%C3%81LISIS%20DE%20CONTENIDO.pdf)
146. ídem.
147. Hernández S, Fernández C, Batista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2010. Consultado en : [www.freelibros.com](http://www.freelibros.com)
148. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. Rev. Esc. Psicología. Facultad de filosofía y educación. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 2003; 2:53-82. p, 61.
149. ibídem, 75.
150. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada. Medellín: La Carreta, editores; 2004. p, 81.
151. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y derechos humanos. Artículos 3,6, 8 y 9. Octubre, 2005. p, 5-6.
152. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada. Medellín: La Carreta editores.; 2004. p, 80-81.
153. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. oct 4, 1993 p. 3. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
154. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. Bogotá, Agosto 2015. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
155. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Red latinoamericana de gerontología y Fundación Cepsiger para el desarrollo humano. Bogotá, febrero de 2015. pag, 110.
156. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Ed. Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. 116p.
157. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. Bogotá, Agosto 2015. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
158. Ballesteros Fernández R. Envejecimiento saludable. En: Congreso sobre Envejecimiento. La investigación en España; Universidad Autónoma



de Madrid. Madrid, 2012 mar.  
En:<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>

159. Tonon G. Los estudios sobre calidad de vida en la aldea global, América Latina y Argentina. Revisión conceptual, avances y desafíos. En: Lucero P. (editora) Territorio y calidad de vida, una mirada desde la geografía local. Mar de Plata: Grupo de estudio sobre población y territorio. Facultad de humanidades. Universidad Nacional de Mar de Plata. EUDEM. 2008. Pags.73-81.
160. Villatoro P. La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: una revisión. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos N°79, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2012
161. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 29
162. Ibídem, 44.
163. Martínez AL, Prieto A, Posada M. Una mirada a la salud mental positiva en adultos mayores: grupos focales. Revista Nacional de investigaciones -Memorias. 2009 jul-dic; 5 (12) Colombia
164. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 44 – 45
165. Huenchuan S, Guzmán JM. Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile. Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
166. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 47

167. Liberalesso Neri Anita. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. Rev. Latinoamericana de Psicología, 2000; 34 (1-2), pp. 35-74.
168. Otero IM, López Y, Matos A, Díaz FA. Bienestar psicológico en adultos mayores que conviven en familias extensas. Artículo original. Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria. Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud". La Habana, Cuba. 2017; 12(3).
169. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 58-60
170. Ibídem, 104-105
171. Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Meléndez JC. Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. Pensamiento Psicológico, 2016; 14(2), 101-112.
172. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 19
173. Ibídem, 61
174. Gómez JF, Curcio CL. Salud del anciano: valoración. Ed. Blanecolor. Manizales. 2014.
175. Arias C, Iacub R. Porque investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. Pub. UEPG Ci.Hum., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, 2013 jul-dic; 21(2): 271-281, p, 276.
176. Arias CJ. La Red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. Revista de Psicología da IMED, Argentina, 2009; 1(1): 147-158. p,152-153
177. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 59
178. Ibídem, 89
179. Giddens A. Modernidad y auto identidad. En: Las consecuencias perversas de la modernidad. Ed. Antropus. Barcelona. 1996
180. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social a las personas mayores: marco conceptual. En: Simposio viejos y

- viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social. 51 Congreso internacional americanistas; Santiago de Chile 2002, jul 14 al 18.
181. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p,79
  182. Ibídem, 60
  183. Ibídem, 76
  184. Martínez AL, Prieto A, Posada M. Una mirada a la salud mental positiva en adultos mayores: grupos focales. Revista Nacional de investigaciones -Memorias. Colombia, 2009 jul-dic; Vol. 5 (12)
  185. Satorres Pons E. Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Programa de doctorado en psicogerontología. Facultad de psicología. Valencia 2013. p, 52-53
  186. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 66-67; 73-78
  187. Ibídem, 76-77
  188. Ibídem, 79-80
  189. Ibídem, 65
  190. Palacio Valencia MC. Los tiempos familiares en la sociedad contemporánea. Rev. latinoamericana de estudios de familia. 2010 ene-dic. Departamento de Estudios de Familia. Universidad de Caldas Manizales
  191. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 64
  192. Ibídem, 78
  193. Ibídem, 54
  194. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Red latinoamericana de gerontología y Fundación Cepsiger para el desarrollo humano. Bogotá, febrero de 2015. p, 34
  195. San Martín C. Espiritualidad en la tercera edad. Psicodebate 8. Psicología, Cultura y Sociedad. 2007. 111-128; p,114.
  196. Acevedo Alemán J, González Tovar J. No Envejecemos Igual: La Religiosidad y el género en adultos mayores del noreste de México. Revista

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/13749>.

197. Rivera Ledesma A, Montero López LM. Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental* [en línea] 2007 ene-feb, 30 : [Fecha de consulta: 17 de abril de 2019] Disponible en:<<http://2011.redalyc.org/articulo.oa?id=58230106>>
198. Casullo MM. El capital psíquico. *Aportes de la Psicología Positiva.. Psicodebate*. 6. Psicología, cultura y sociedad. Buenos Aires. Universidad de Palermo. 2006; p, 59-72.
199. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). *Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia*. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 55
200. Curcio Borrero CL. Vida, salud y enfermedad en la vejez. En: *Envejecer en Colombia*. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. 2015
201. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. *Red latinoamericana de gerontología y Fundación Cepsiger para el desarrollo humano*. Bogotá, febrero de 2015. p, 110.
202. Gallegos K., García-Peña C., Reyes H., Duran L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Salud Pública*. 2006; 40, 792-801.
203. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). *Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia*. Editorial Pregraf Impresores S.A.S. Bogotá, D.C. Colombia. p, 54
204. Vásquez C, Hervas G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud APCS*. Facultad de psicología, Universidad Complutense de Madrid. 2009; 5: 15-28.
205. Vásquez C, Castilla C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*. 2007; 4: 385-404.
206. Vásquez C, Hervas G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud APCS*. Facultad de psicología, Universidad Complutense de Madrid. 2009; 5: 15-28.
207. Ryff CD, Singer BH, Love GD. Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. B*, 2004; 359: 1383-1394.

208. Fajardo Ramos E, Córdoba Andrade L, Enciso Luna JE. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Comunidad y Salud*. 2016 Dic [citado 2019 Abr 18]; 14(2): 33-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932016000200005&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200005&lng=es).
209. Trujillo García S. Agenciamiento individual y condiciones de vida. Pontificia Universidad Javeriana, Univ. Psychol. Bogotá (Colombia), 2005 jul-sep; 4 (2): 221-229.
210. Dulcey Ruiz E. Envejecimiento y vejez. Red latinoamericana de gerontología y Fundación Cepsiger para el desarrollo humano. Bogotá, febrero de 2015. p, 296
211. Zubieta EM, Fernández OD, Bombelli JI, Mele SV. El bienestar eudaimónico, la soledad social emocional y la importancia de la confianza y las redes. En: III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; 2011. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina.
212. Navascués A, Dalvo-Medel D, Bombin-Martín A. Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Acción Psicológica*, 2016; 13 (2): 143-155.
213. Pineda CA, Castro JA, Chaparro RA. Estudio psicométrico de las escalas de Bienestar psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. Artículo original de investigación. *Pensamiento psicológico*, 2018; 16(1):45-55.
214. Otero Ramos IM, López Mesa Y, Matos Matos A, Díaz Rosell FA. Bienestar psicológico en adultos mayores que conviven en familias extensas. Artículo original. *Geroinfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria*. Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud". La Habana, Cuba. 2017; 12(3).
215. Vera Villarroel P, Urzua A, Silva J, Pavez P, Celis Atenas K. Escala de Bienestar de Ryff: análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicología: Reflexión y Critica*. 2013; 26. 106 - 112.
216. Varela LE, Gallego EA. Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud Soc Uptc*. 2015; 2(1): pp. 7-14, p, 41.
217. Página oficial municipio de Envigado. Programa adulto mayor, Centro gerontológico AtardeSer. Envigado. Consultado en: <https://www.envigado.gov.co/secretaria-bienestar-social/paginas/contenido/bienestar-social/adulto-mayor->

218. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.[Internet]. Determinación de la prioridad de los factores de riesgo con el fin de identificar las intervenciones preventivas para la evaluación económica. 2012, 90(2). [citado mar 18 de 2015] Disponible en: [www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/es/](http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/es/).
219. Fernández Ballesteros R. El bienestar de los mayores. En: Vásquez C, y Hervas G, editores. Psicología positiva aplicada. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. S.A.; 2008. p, 372-376.
220. Pineda CA, Castro JA, Chaparro RA. Estudio psicométrico de las escalas de Bienestar psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. Artículo original de investigación. Pensamiento psicológico, 2018; 16(1):45-55.
221. Arias C, Iacub R. Porque investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. Pub. UEPG Ci.Hum., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, 2013 jul-dic; 21(2): 271-281, p,274.

# Anexo 1. Cronograma de actividades

Estudiante: María Victoria García Orrego - MSM			ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM	OCTUBR	NOVIEM	BIEN	BIEN	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Nº	ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	Tareas asignadas	Sub-tareas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
24	Busqueda de avales propuesta de investigación	Presentación de la propuesta del trabajo de investigación al Comité de la maestría y al Comité de ética para su aprobación																										
25		Correcciones Comité Maestría																										
26		Correcciones según comité de ética																										
27	Trabajo de campo	Inscripción propuesta al Centro de investigación																										
28		Contacto formal con la Secretaria de Bienestar y con la institución Atadeser	Encuentro para presentación del Proyecto (Secretaria de Bienestar Social y personal de Atadeser)																									
29		Contacto formal con las personas mayores para presentación de propuesta de investigación	Visitas a los cuatro Centros de Encuentro Ciudadano (CEC)																									
30		Selección de personas para aplicación de Escala de Bienestar	Realización prueba piloto de la Escala de Pijff																									
31			Aplicación de Escala de Bienestar de Carol Pijff (36 personas)																									
32		Selección de personas mayores para estudio de caso (6 personas)	Realizar encuentros individuales para agendar																									
33			Realización de entrevistas semiestructuradas																									
34			Transcripción de entrevistas y revisión de notas de campo																									
35		Selección de personas mayores para grupos focales (5 a 7 personas)																										
			Reunión para agendar el primer grupo focal																									

Estudiante: María Victoria García Orrego - MSM			ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM	OCTUBR	NOVIEM	BIEN	BIEN	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
36			Realización de 1er. Grupo focal																								
37			Transcripción de primer grupo focal y revisión de notas de campo																								
38			Realización de 2do. Grupo focal																								
39			Transcripción de 2do. Grupo focal y notas de campo																								
40		Organización de material de trabajo de campo																									
41		Ingreso de información en Software Atlas ti																									
42	Análisis de la información	Plan de análisis	Revisión y organización de la información																								
43			Preanálisis de información según categorías del Cuadro Categorical y la información																								
44			Definir las unidades de análisis (según cada caso)																								
45			Reglas de análisis y códigos de clasificación de la información																								
46			Completación de categorías de entrevistas y grupos focales																								
47		Análisis preliminar de la información	Integración e inferencias de la información a través de Atlas ti																								
48		Análisis preliminar de la información con la Asesora	Revisión de las categorías y la información																								
49			Análisis de los resultados hasta el momento																								
50		Análisis de resultados preliminar con la comunidad participante	Conexiones/clarificaciones																								
51			Contrastar información																								
52	Elaboración de informe	Informe preliminar	Presentación de informe preliminar a la asesora																								
53			Correcciones informe																								
54		Presentación de resultados	Presentación de resultados a la comunidad participante																								





## Anexo 2. Presupuesto

CONCEPTO	FUENTES DE FINANCIACIÓN					Total
	ESTUDIA.	UDEA: colocar la dependencia o Grupo <sup>2</sup>		Frecuencia a Unidad	Valor Unitario	
		Rec. Fresco	Rec. Especie			
<b>Recurso Humano</b>						
Personal (Estudiante Maestría en Salud Mental)	\$5.000.000					5.000.000
Asesora. Psicóloga. Magister en Salud Pública.			40 Horas (Semestre)		46.000	5.520.000
<b>Subtotal</b>						<b>10.520.000</b>
<b>Servicios técnicos</b>						
Pago transcripciones	\$1.200.000			14 horas (12 indiv.) y 2 (grupo)	Hora \$80.000 (indiv.) \$120.000 (grupos)	\$1.200.000
Material fungible	\$100.000			\$ Fotocopias		\$ 100.000
Equipos	\$500.000			\$		\$ 500.000
Telecomunicaciones y acceso a Internet	\$1.440.000			\$ 24 meses (internet)	60.000 (mes)	\$1.440.000
<b>Subtotal</b>						<b>\$3.240.000</b>
<b>Trabajo de campo</b>						
Refrigerios	\$100.000			\$ 25 refrigerios	\$4.000 c/u	\$100.000
Bibliografía	\$500.000			\$ Compra de textos		\$ 500.000
Transporte	\$1.000.000					\$1.000.000
<b>Subtotal</b>						<b>\$1.600.000</b>
<b>TOTAL</b>						<b>\$15.360.000</b>

### Anexo 3. Escala de Bienestar psicológico de Ryff (Aplicación)

#### ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

Díaz, Darío, Rodríguez-Carvajal, Raquel, Blanco, Amalio, Moreno-Jiménez, Bernardo, Gallardo, Ismael, Valle, Carmen, Dierendonck, Dirk van, Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* [en línea] 2006, 18 (Sin mes).

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( )

A continuación se presenta algunos enunciados sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. No existe respuesta correcta o incorrecta. Responda con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando una equis (X).

Ítems	Totalmente en desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 .Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3 .No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6 .Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7 .En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						

8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
10 .He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
11 .Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
12 .Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
<b>Ítems</b>	Totalmente en desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
14 .En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
15 .Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
16 .Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
17 .Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						

18 .Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
20 .Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
21 .En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
24 .En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo						
25 .Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
27 .Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
28 .Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
29 .Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						

## Anexo 4. Calificación Escala Bienestar psicológico de Ryff

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF										
CEC	Sexo	Edad	Escolaridad	Dimensiones del Bienestar						Puntaje total
				Autoaceptación	Relaciones positiva con otros	Autonomía	Dominio del entorno	Propósito en la vida	Crecimiento personal	
San Marcos	M	59	Bachiller	24	23	30	25	21	19	142
	F	80	Tecnología	24	27	36	22	27	24	160
	F	56	Primaria incomp.	21	30	35	27	24	24	161
	M	77	Bachillerato incomp.	24	24	34	28	30	24	164
	F	75	Bachillerato incomp.	24	23	26	28	30	24	155
	M	59	Bachiller	16	29	36	23	24	24	152
	F	69	Bachillerato incomp.	24	21	29	20	30	22	146
	F	73	Primaria	21	19	29	22	25	24	140
	F	80	Bachillerato incomp.	24	14	32	24	25	24	143
	F	73	Bachillerato incomp.	24	25	34	28	30	24	165
	F	70	Tecnología	21	30	36	27	24	24	162
	F	71	Bachiller	24	30	34	30	30	24	172
	M	86	Pregrado	24	28	34	28	30	24	168
	F	81	Primaria	18	22	36	7	19	24	126
El Salado (Vallano-Arenales)	F	68	Bachiller	18	29	27	19	24	20	137
	F	59	Tecnología	24	30	36	30	30	24	174
	F	52	Primaria incomp.	21	28	29	21	19	24	142
	F	61	Primaria incomp.	21	30	34	27	30	24	166
El Salado	F	73	Primaria incomp.	24	27	20	28	28	24	151
	F	57	Bachiller	21	15	17	28	27	24	132
	M	77	Bachiller	21	23	31	30	30	24	159
	M	66	Primaria	24	25	27	30	28	24	158
	M	69	Posgrado	21	29	24	25	25	24	148
	F	57	Bachillerato incomp.	24	8	29	15	22	21	119
	F	66	Primaria	23	20	34	19	28	24	148
	F	80	Primaria incomp.	24	11	28	25	26	24	138
	F	67	Bachillerato incomp.	15	17	20	17	21	18	108
El Escobero	F	62	Posgrado	17	25	25	28	22	19	136
	F	58	Pregrado	18	30	28	25	23	19	143
	F	62	Bachiller	18	27	17	20	28	24	134
	F	79	Pregrado	24	23	28	19	30	23	147
	F	68	Tecnología	24	25	32	30	29	19	159
	M	74	Primaria	23	14	23	18	27	22	127
	M	63	Pregrado	21	26	34	29	28	24	162
	M	70	Primaria incomp.	22	12	26	11	25	19	115
AtardeSer	F	77	Pregrado	24	24	34	30	30	24	166
				17	6	5	6	11	25	
				47,22%	16,66%	13,88%	16,66%	30,55%	69,44%	
				2				3	1	

## Resultados de los seis casos

### ESCALA DE BIENESTAR PSICOLOGICO DE RYFF

#### Dimensiones del Bienestar

CEC	Sexo	Edad	Escolaridad	Autoaceptación	Relaciones positiva con otros	Autonomía	Dominio del entorno	Propósito en la vida	Crecimiento personal	Puntaje total
San Marcos	F	71	Bachiller	24	30	34	30	30	24	172
San Marcos	M	86	Pregrado	24	28	34	28	30	24	168
San Marcos	F	81	Primaria	18	22	36	7	19	24	126
El Salado	F	67	Bachillerato incomp.	15	17	20	17	21	18	108
El Escobero	M	70	Primaria incomp.	22	12	26	11	25	19	115
San Marcos - AtardeSer	F	77	Pregrado	24	24	34	30	30	24	166

## **Anexo 5. Guía de entrevista**

### **Guía de entrevista semiestructurada**

#### **Agradecimientos**

Le agradezco por haber aceptado la invitación para conversar conmigo acerca de los significados que le atribuye usted al bienestar. Esta información será recogida con el objetivo de comprender los significados sobre el bienestar que tienen personas mayores. Esta investigación seguramente aportará elementos para comprender las significaciones en torno al bienestar psicológico que tienen las personas mayores, reconociendo distintas representaciones sociales de la vejez en el contexto colombiano. Por el tipo de investigación elegido, todas las ideas que usted nos pueda aportar al tema serán muy valiosas para este estudio.

Autorización para grabar la entrevista: le solicito su autorización para grabar la entrevista pues todo lo que diga es muy importante y le permite al investigador concentrar toda la atención en la conversación.

Confidencialidad: la información que se tratará en esta entrevista es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, pero no se utilizará su nombre. Es importante que sepa que en cualquier momento de la entrevista usted la puede interrumpir, y que no está obligado a responder todas las preguntas, pues este es un acuerdo voluntario.

Aclaración de términos: si tiene alguna dificultad con alguno de los términos especificados, puede expresarlo ahora, para acordar unas nuevas condiciones.

Ficha frontal: tendrá algunos datos importantes para el análisis de la información.

Código/Sexo/Edad/Nivel de escolaridad/Estado civil/N° de Hijos/N° de personas que viven con la persona y el parentesco.

#### **Preguntas que guían la entrevista**

A continuación le hare unas preguntas en relación a lo que significa para usted el bienestar y otros elementos sobre su vida:

- Bienestar:

¿Qué es para usted el bienestar?

¿Qué cosas o situaciones son importantes para su bienestar?

- Autoaceptación:

¿Cuándo hace un recuento de su vida, qué balance hace en este momento?

¿Qué piensa de lo que ha alcanzado?

- Autonomía:

¿Expresa usted sus opiniones y pensamientos abiertamente?

¿Qué tanto le importa la opinión de otras personas?

- Relaciones positivas:

¿Tiene con quien compartir sus preocupaciones?

¿Qué tanto confía en sus amigos?

- Dominio del entorno:

¿Ha logrado alcanzar sus objetivos?

¿Qué hace cuando las situaciones no son de su agrado?

- Crecimiento personal:

¿Qué lo hace crecer como persona?

¿Qué cosas ha aprendido últimamente?

- Propósito en la vida:

¿Cuál ha sido su mayor logro?

¿Qué otras cosas le gustaría alcanzar?

Momento de cierre: antes de terminar quisiera saber si hay algo que dese agregar, si existe algo que no le he preguntado y de lo cual desea hablar, o algo que vino a su mente después de alguna de mis preguntas.

Despedida: le agradezco por su disposición y tiempo. Me gustaría saber si lo puedo volver a contactar en caso de que requiera alguna aclaración para complementar alguna de sus respuestas.



## Anexo 6. Guía grupo focal

### GUIA PARA EL GRUPO FOCAL

#### Preparación

##### Tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Lugar adecuado en tamaño y acústica de acuerdo a los objetivos del Grupo focal.
- Asistentes sentados en U en la sala.
- Pautas de control de tiempo para que los participantes desarrollen cada tema.
- Estrategias para cumplir con los objetivos planteados para esta reunión.
- Explicitar desde el comienzo los objetivos y la metodología de la reunión a participantes
- Estrategias que permitan la participación de todos.
- Reunión entre 60 y 120 minutos.
- Registro de la información (grabadora)
- Refrigerios adecuados y no interrumpen el desarrollo de la actividad (horario)
- Escarapelas apropiadas según el grupo para la identificación de los asistentes.

##### Procedimiento:

Se procede a presentar la investigación y agradecer por la presencia de las personas mayores que participan. A continuación se lee en voz alta el consentimiento informado abierto a preguntas de los participantes para aclarar las inquietudes que se susciten. Posterior a la discusión y la firma de todos del consentimiento, se pasa a explicar la dinámica de trabajo para el encuentro, donde se les aclara que la propuesta es hablar sobre el bienestar y que para esto se harán una serie de preguntas donde el que quiera aportar puede hacerlo de manera libre y espontánea; y donde se escuchara lo que cada uno quiera decir al respecto del tema de conversación. Igualmente, se enfatiza en el respeto por el uso de la palabra y donde se solicita igualmente respeto y consideración a lo que cada uno quiera decir recordando que se trata de un encuentro relajado de conversación y compartir. Además se les recuerda el tiempo de duración de la reunión que es de aproximadamente 2 horas y se solicita su participación en otras sesiones en caso de ser necesario.

#### Objetivos de la investigación

**General:** Comprender los significados en torno al bienestar psicológico que tienen las personas mayores que participan del Programa AtardeSer, en el municipio de Envigado, favoreciendo la construcción de líneas de abordaje de la salud mental de los mayores de 60 años acorde a la oferta de programas que tiene el municipio.

**Específicos:**

- Identificar las oportunidades que tienen las personas mayores de controlar sus actividades, aprovechar sus capacidades y crear o elegir contextos.
- Explorar en las personas mayores la visión que tienen sobre nuevas experiencias y la autopercepción sobre los alcances de su desarrollo personal.
- Conocer el sentido y objetivos de vida en las personas mayores.
- Conocer las reacciones que las personas mayores tienen frente a situaciones de presión social y el ejercicio de su independencia.
- Indagar la manera como las personas mayores se perciben a sí mismas en relación a sus aspectos tanto positivos como negativos.
- Identificar el tipo de relaciones interpersonales que establecen las personas mayores y el nivel de afectividad que comprometen.

**Objetivo grupo focal**

Extraer la riqueza de significados de bienestar psicológico y sus dimensiones a través de la discusión activa en un grupo de personas mayores del Centro Gerontológico AtardeSer del municipio de Envigado, considerando la diversidad de las visiones que se presenten dentro de la discusión y la manera cómo se activan las opiniones convergentes o divergentes que favorezcan en cantidad y calidad la producción de información sobre el tema.

**Nombre del moderador**

María Victoria García Orrego

**Nombre del observador**

(por definirse)

**Lista de asistentes al grupo focal**

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

**Preguntas Guías- Temática**

A continuación hablaremos en relación sobre algunos temas relacionados con el Bienestar:

1	¿Qué es para usted el bienestar?
2	¿Qué balance hace de su vida en este momento?
3	¿Sienten que pueden expresar sus ideas y pensamientos?
4	¿Tiene con quien compartir sus preocupaciones?
5	¿Ha logrado alcanzar sus objetivos?
6	¿Qué lo hace crecer como persona?

**Cierre:** se realiza un resumen general de la experiencia del encuentro sin ahondar en los contenidos resaltando los aspectos más positivos. Igualmente, se repasa el objetivo y se pregunta al grupo si consideran que ha quedado algo más por agregar o discutir, y finalmente, se les agradece nuevamente por los aportes y el compartir extendiendo la invitación para el próximo encuentro de ser necesario, agendando día, hora y lugar.

## Anexo 7. Caracterización grupos focales

GRUPOS FOCALES				
CEC	Sexo	Edad	Escolaridad	Escala Ryff
El Salado (Vallano-Arenales)	F	68	Bachiller	Si
	F	59	Tecnología	Si
	F	52	Primaria incompleta	Si
El Salado	F	73	Primaria incompleta	No
	F	57	Bachiller	Si
	M	77	Bachiller	Si
	M	66	Primaria	Si
	M	69	Posgrado	Si
	F	53	Bachiller	No
AtardeSer	F	62	Bachiller	No
	F	65	Bachillerato incompleto	No
	F	68	Bachiller	No
	M	65	Pregrado	No
	M	74	Bachiller	No
	M	63	Pregrado	No
	M	70	Primaria incompleta	No

## **Anexo 8. Consentimiento informado.**

### **Consentimiento informado**

#### **Investigación: Significados de bienestar psicológico en personas mayores del municipio de Envigado.**

Este formulario de Consentimiento informado se realizó para ustedes las personas mayores beneficiarias del programa AtardeSer del municipio de Envigado, a quienes se les invita a participar de la investigación llamada “Significados de bienestar psicológico en personas mayores del municipio de Envigado”.

Mi nombre es María Victoria García Orrego, estudiante de Maestría en Salud Mental de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Quiero realizar una investigación sobre el bienestar en personas mayores del municipio así como ustedes, y quiero invitarlo(a) a que hagan parte de mi investigación. No tiene que decidir hoy, puede consultar o preguntar a personas de confianza, a sus familiares o amigos; también puede preguntarle a las funcionarias de AtardeSer. Igualmente, puede hacerme las preguntas que quiera sobre mi trabajo.

Con mi investigación quiero conocer lo que las personas mayores piensan sobre el bienestar; que es para ustedes y que los hace sentir que tiene bienestar. También les quiero preguntar por sus relaciones con la familia, con amigos; como se sienten consigo mismos y las cosas que han logrado, lo que les gustaría hacer y otras cosas similares. Todo esto se los quiero preguntar pues considero importante que sean ustedes mismos, con sus palabras, sus experiencias y sus vivencias, los que me aporten y me aclaren lo que piensan y sienten en relación con el bienestar o lo que esta palabra les significa.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, es decir que puede decidir si participar o no; no se preocupe, pues su decisión no afecta para nada sus actividades y los servicios que le brindan acá en AtardeSer; además, comprenderemos si en cualquier momento quiere retirarse de la investigación, puede cambiar de opinión cuando quiera y respetaremos su decisión.

La investigación se realizara en varios momentos. Primero realizare la aplicación de un cuestionario sobre el Bienestar psicológico a 36 personas mayores, donde se les preguntara por lo algunas cosas relacionadas con sus pensamientos, sentimientos y vivencias relacionadas con el bienestar. El respeto por las personas que participen y sus respuestas, será de gran valor para el desarrollo de otros momentos de la investigación. Lo único que le pido es su valioso tiempo y responder de manera honesta las preguntas del cuestionario, lo que le agradezco profundamente y garantizo respetar. Posteriormente, hare unas entrevistas a 6 personas cada una por separado, donde les preguntare varios aspectos sobre lo

que piensan del bienestar. Así mismo, formare dos grupos donde pueden participar 7 personas mayores en cada grupo, donde hablaremos sobre el bienestar y cada uno podrá contarnos lo que piensa en relación a lo que vamos preguntando. El respeto por lo que se diga y por las personas que participen, será el valor principal de cada uno de estos encuentros, sean los cuestionarios, las entrevistas individuales o los grupos.

Es importante que usted sea quien decida participar tanto en el cuestionario, en las entrevistas o en los grupos. Si decide participar en la entrevista individual, se propone que nos encontremos en dos o tres veces para hablar sobre el bienestar y si está de acuerdo, estos encuentros duraran hasta 1 hora; estas conversaciones serán grabadas con su permiso (consentimiento), pues esto facilita el estar pendiente de lo que dice y no perder ningún detalle.

Si por el contrario, desea participar en alguno de los grupos donde se hablara sobre el bienestar, estos grupos se planea hacerlos solo una vez y la reunión puede durar hasta 2 horas. Igualmente que con las entrevistas, se pedirá el permiso de todos los asistentes al grupo para ser grabado el encuentro, pues se busca no perder ningún detalle de los aportes que se hagan sobre el tema del bienestar.

Toda la información que nos comparta para el estudio, es totalmente confidencial, será utilizada únicamente para esta investigación y no estará a disposición de otras personas. Usted quedará representado en este estudio con un número y no con su nombre o datos personales. Los resultados de este estudio se darán a conocer solo con fines académicos, pero se presentarán de tal manera que no puede ser identificado(a).

Es importante que sepa que el conocimiento que se obtenga de esta investigación se le compartirá para corroborar si el contenido corresponde a lo que usted quería decir, esto se hará antes de que se haga el informe final para entregar a la Universidad.

Se realizarán reuniones y encuentros con las personas que pertenecen a AtardeSer y con funcionarios de la Administración municipal, para compartir los resultados de este estudio; pues se busca que esta información sea considerada para el beneficio de las personas mayores del municipio de Envigado, en especial, se busca que la información de esta investigación pueda beneficiar las personas que participan de los programas de AtardeSer; pues la información sobre el bienestar que usted y otros de sus compañeros nos compartieron, pueden ser tenidos en cuenta para que se incluyan mejoras en los programas y actividades que realizan en el Centro y en su vida diaria.

Los riesgos que usted puede tener en participar en este estudio son mínimos, pues no implica afectar su salud o su situación en general, solo nos aporta sus pensamientos y experiencias de manera voluntaria. Si alguna de las preguntas lo hace sentir un poco incómodo(a), puede decidir no responder. Es posible que pueda experimentar alguna incomodidad de tipo emocional, por favor lo dice inmediatamente para que podamos solucionarlo y lograr que se sienta mejor, pues recuerde que lo más importante para nosotros es que se sienta bien al participar y no afectar su condición de salud física o emocional.

Si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto a este proyecto de investigación, por favor comuníquese con María Victoria García Orrego al teléfono 339 40 40 en el horario de 8a.m. a 6p.m.

Nombre completo del participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_

Firma testigo 1

\_\_\_\_\_

Firma testigo 2

Firmado el \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Muchas gracias.