Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Resiliencia de los Adultos Mayores institucionalizados en Cuenca

Autor:

Jonnathan Alexis Unigarro Arcentales

Directora:

María Verónica Serrano Crespo

Cuenca – Ecuador

2023

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres por su esfuerzo y apoyo incondicional todo este tiempo y no rendirse nunca.
A mi familia, amigos y compañeros que de alguna manera estuvieron ahí dándome fuerza y motivación para seguir adelante.
A mis mascotas Mike y Amelia, por ser un gran apoyo y acompañamiento este tiempo, y a Amelia que desde arriba estará acompañándome siempre.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por todo lo recibido, por darme fuerza y ayudarme a seguir adelante.

A mi directora de tesis Verónica Serrano por su apoyo, paciencia y enseñanzas que me brindo en todo este proceso

Agradezco a mis padres y toda mi familia por su apoyo incondicional, a mi prima Odalis por ayudarme en los momentos difíciles.

A Jenny ya que sin su apoyo, motivación y ayuda no sería posible haber llegado tan lejos.

Resumen

El envejecimiento es un proceso que los seres humanos experimentan a lo largo de sus vidas, se ha visto que es cada vez más frecuente la pérdida de autonomía en los adultos mayores que desencadena la necesidad de ingresar a un centro geriátrico. El objetivo de la presente investigación fue evaluar los niveles de resiliencia de este grupo poblacional y la relación con sus datos sociodemográficos; para lo cual se aplicó la Escala de Resiliencia (RS-14) a 30 adultos mayores. El estudio fue cuantitativo, transversal, con un alcance descriptivo y correlacional. Se encontró que el 40% tiene un nivel alto de resiliencia y no se encontraron relaciones significativas entre los niveles de la misma y sus datos sociodemográficos. Se concluye que, en general, el nivel de resiliencia de los participantes es óptimo, lo cual significa que existe un balance positivo entre factores de riesgo y de protección.

Palabras clave: Adulto Mayor, Geriátrico, Residencias Geriátricas, Resiliencia, Sociodemográficos.

Abstract

Aging is a process that human beings experience throughout their lives, it has been seen that the loss of autonomy in older adults is increasingly frequent, triggering the need to enter a geriatric center. The objective of the present investigation was to evaluate the levels of resilience of this population and the relation with their sociodemographic data; for which the Resilience Scale (RS14) was applied to 30 older adults. The study was quantitative, cross-sectional, with a descriptive and correlational scope. It was found that 40% have a high level of resilience. No significant relations were found between its levels and their sociodemographic data. It is concluded that, in general, the level of resilience of the participants is optimal, which means that there is a positive balance between risk and protection factors.

Keywords: Elderly, geriatric, geriatric residences, resilience, sociodemographic

Índice

Dedicatoria I

Agradecimientos II

Resumen ..... …III

Abstract ..... ….IV

Introducción 1

Capítulo I: Marco Teórico y Conceptual 3

1.1 Resiliencia 3

1.1.1 Definición ..... …3

1.1.2 Tipos de resiliencia ..... …4

1.1.3 Características de la resiliencia ..... …6

1.1.4 Resiliencia y salud mental ..... …10

1.2 Adulto Mayor ..... .11

1.2.1 Envejecimiento: teorías del envejecimiento ..... ….12

1.2.2 Tipos de envejecimiento ..... ….16

1.2.3 Factores de riesgo y protección ..... ….16

1.2.4 Resiliencia en el adulto mayor ..... ….18

1.2.5 Adultos mayores institucionalizados ..... ….21

Capítulo 2: Metdología ..... .22

2.1 Tipo de Estudio ..... .22

2.2 Población y muestra ..... .22

2.3 Objetivos del estudio 22

2.3.1 Objetivo general ..... …22

2.3.2 Objetivos específicos ..... …22

2.4 Instrumentos 22

2.4.1 Ficha sociodemográfica.....22

2.4.2 Escala de resiliencia RS-14… 23

Capítulo 3: Resultados 25

Discusión..... 34

Conclusión.....35

Recomendaciiones y limitantes 36

Referencias Bibliográficas 37

Anexos.....44

Anexo 1… 44

Anexo 2… 45

Anexo 3… 46

Índice de Tablas

Tabla 1. Tipos de Resiliencia 4
Tabla 2. Características de la Resiliencia 6
Tabla 3. Factores asociados a la Resiliencia 8
Tabla 4. Factores asociados a la resiliencia en adultez tardía 19
Tabla 5. Escala de clasificación de Resiliencia RS-1… 23
Tabla 6. Rango edad y sexo de la muestra estudiada… 25
Tabla 7. Años de estadía.....25
Tabla 8. Etnia.....25
Tabla 9. Escolaridad…..... .26
Tabla 10. Estado civil.....26
Tabla 11. Antecedentes psicopatológicos familiares 27
Tabla 12. Rangos etarios y nivel de resiliencia 28
Tabla 13. Tabla cruzada de rangos etarios-nivel de resiliencia.....28
Tabla 14. Años de estadía y nivel de resiliencia 28
Tabla 15. Tabla cruzada género y nivel de resiliencia….....29
Tabla 16. Chi cuadrado género y nivel de resiliencia… 29
Tabla 17. Tabla cruzada etnia y nivel de resiliencia 30
Tabla 18. Chi cuadrado etnia y nivel de resiliencia 30
Tabla 19. Tabla cruzada escolaridad y nivel de resiliencia……30
Tabla 20. Chi cuadrado escolaridad y nivel de resiliencia…….31
Tabla 21. Tabla cruzada estado civil y nivel de resiliencia..... 31
Tabla 22. Chi cuadrado estado civil y nivel de resiliencia…….32
Tabla 23. Tabla cruzada antecedentes psicopatológicos familiares y nivel de resiliencia…32
Tabla 24. Chi cuadrado antecedentes psicopatológicos familiares y nivel de resiliencia… 32

Índice de Figuras

Figura 1 26

Introducción

El envejecimiento es un proceso que describe todo el ciclo de la vida, en el cual existen cambios físicos, psicosociales, individuales y colectivos. Esta situación ha generado el incremento de la necesidad de contar con un número mayor de servicios dirigidos a los adultos mayores; población que requiere de determinados servicios de salud y de atención, como lo son las residencias para ancianos (García-Alarcón et al., 2021). La percepción común de las personas con respecto a la vejez es que la satisfacción con la vida disminuye gradualmente a medida que aumenta la edad. Durante los últimos 30 años se ha observado el envejecimiento de la población en todo el planeta, incluyendo a los países de América Latina, que tradicionalmente se han visto como un subcontinente con población joven (Leeson y Klein, 2022).

Todas las personas estamos sujetas a situaciones negativas y, muchas veces, las causas no se pueden controlar. Aprender a hacer frente a tales situaciones puede reducir el daño que causan y aumentar la capacidad de abordar los desafíos diarios. Por lo tanto, una forma de mejorar la capacidad de hacer frente a situaciones indeseables es aumentar la resiliencia individual (Pinho de Oliveira Miss et al., 2017).

Este estudio beneficiará, en primer lugar, a la población de adultos mayores institucionalizados mediante el conocimiento generado por el estudio; también, por otra parte, el trabajo de investigación permitirá la actualización que estará disponible para el personal profesional que lo requiera y, de esta forma, mejorar la evaluación y atención del adulto mayor institucionalizado. Por último, el trabajo de investigación se enmarca en las líneas prioritarias de investigación en salud, establecidas por el Ministerio de Salud Pública (2017), específicamente en la línea de investigación número 11, referida a la Salud Mental ylos Trastornos del Comportamiento, por lo que el producto del estudio favorece los intereses nacionales.

El presente estudio comienza con el capítulo 1 donde se habla sobre la definición de resiliencia, sus tipos y características, sus factores asociados, de riesgo y protección; también

se habla sobre el adulto mayor, las teorías del envejecimiento y su relación con la resiliencia con el fin de obtener mayor información sobre el tema de la investigación.

En el capítulo 2 principalmente se habla sobre la metodología con la que se aplicó en la investigación, la calificación y el procedimiento. En este capítulo también se describe los instrumentos, el cual es el test RS-14 y la ficha sociodemográfica. También se indica las instituciones donde se aplicó el test.

Finalmente, en el capítulo 3 se presentan los resultados de la aplicación con los instrumentos mencionados anteriormente. También se expone la correlación que existen entre las variables y los resultados, así como también las conclusiones, recomendaciones y limitaciones con las que contó la investigación.

Capítulo 1: Marco Teórico y Conceptual

Un hecho de la humanidad es el envejecimiento gradual de su población, un proceso fisiológico natural que implica la disminución de sus actividades en la vida cotidiana, dando lugar a cambios en su calidad de vida. La psicología considera la resiliencia como un factor de gran importancia para la salud mental de un individuo, ya que es el proceso de adaptación frente a las adversidades del ser humano y cómo hacerlas frente. En el presente capítulo se presentan las definiciones, características y factores asociados a la resiliencia en adultos mayores, aportando desde distintas perspectivas teóricas que desarrollan dichos conceptos.

1.1 Resiliencia

1.1.1 Definición

Los últimos años han visto un cambio de paradigma dentro de la esfera de la salud mental de un enfoque sobre los déficits de un individuo a un enfoque más ilustrado sobre las fortalezas de un individuo. Este cambio de paradigma ha resultado en un mayor interés en los aspectos positivos del funcionamiento humano y, más recientemente, en cómo estos factores positivos pueden ayudar con la determinación y el funcionamiento óptimo de un individuo (Vella et al, 2019).

Según Meneghel et al. (2013), el término resiliencia proviene del latín *resilire*, refiriéndose a retroceder a una postura original, destacar y resistir, su origen también es físico, por la posibilidad de la materia de recobrar su forma y equilibrio tras una alteración. Asimismo, el origen del estudio de la resiliencia en el ámbito de la psicología deriva fundamentalmente de los esfuerzos dirigidos a conocer la etiología y el desarrollo de su psicopatología, especialmente en niños con riesgo de desarrollar psicopatología debido a enfermedades mentales de los padres, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de estos.

La resiliencia es una interacción complicada de factores de riesgo y factores de protección que conduce a resultados de desarrollo positivos. Es una adaptación positiva después de situaciones estresantes y representa el enfrentamiento y la superación de experiencias duras, es decir, representa la capacidad de una persona para adaptarse con éxito a los cambios, resistir la influencia negativa de los estresores y evitar la aparición de

disfunciones significativas (trauma de guerra, cuestiones familiares, laborales y similares) (Babic et al., 2020).

Este entendimiento respecto a la capacidad de afrontamiento, que antes estaba casi restringido a los niños, ahora se aplica en muchos escenarios diferentes, como el mundo empresarial, la salud, la educación y las comunidades, y se expande día a día (Pinho de Oliveira Miss et al., 2017). En las ciencias sociales la resiliencia se representa en personas para formar comportamientos efectivos (Amar et al., 2013).

1.1.2 Tipos de resiliencia

La resiliencia se debate comúnmente como un rasgo natural frente a una respuesta a factores externos. Los académicos han discutido que: (a) la resiliencia es un componente del medio ambiente y su capacidad para proporcionar el crecimiento y no un factor individual; (b) la resiliencia varía según la población examinada y es susceptible a fenómenos individuales, externos y culturales; y (c) la exposición al riesgo juega un papel significativo en el efecto que los componentes externos tienen sobre la resiliencia, demostrando la influencia de la variación contextual y cultural (Cabrera et al., 2022).

Tabla 1.

Tipos de Resiliencia

Tipo	Definición
Disposicional	En el que alude a las particularidades físicas y psicológicas, el cual contiene inteligencia, salud, ego, autoconocimiento y personalidad (Maheshwari y Jutta, 2020).
Relacional	A nivel intrínseco, el poder darles sentido a las prácticas coexistidas, relacionarse e identificar con modelos positivos, indagando a alguien en el cual depositar, confianza, y al nivel extrínseco,

	indagando una motivación por parte del ambiente que nos rodea (Nina-Estrella, 2020).
Situacional	Apreciación de la capacidad, expectaciones o derivaciones de una acción para proceder, y la comprensión de lo que se puede o no conseguir, la capacidad de determinar objetivos limitados (Fullerton et al, 2021).
Filosófica	Afirmaciones propias, en las que hay una persuasión de la cuál consecutivas. comenzarán buenos tiempos y el de creer en encontrar una definición positivas a las prácticas (Jeyasingam, 2022).

Fuente: Elaboración propia

1.1.3 Características de la resiliencia

Un hecho generalmente conocido es que algunas personas son más sensibles o hipersensibles a los eventos desfavorables de la vida, es decir, vulnerables a la angustia, mientras que otras personas son más resistentes y adaptables. La vulnerabilidad, en realidad representa una predisposición a alguna enfermedad o trastorno, e incluye no solo factores biológicos sino también rasgos cognitivos e hipersensibilidad emocional e interpersonal (Babic et al., 2020).

La resiliencia se caracteriza por un afrontamiento efectivo de los eventos estresantes y de los individuos, así como de la interacción de la persona y su entorno humano (Asensio-Martínez et. al, 2017).

Tabla 2.

Características de la Resiliencia

Factores	Definición

Autoestima consistente	Tener una autoestima sana, estar abierto a las críticas como una manera de mejorar personalmente en nuestros propósitos.
Introspección	Auto examinación al preguntarse, asimismo y darse una respuesta honesta.
Independencia	Fijar límites entre uno mismo y el medio como problemas, la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
Capacidad de relacionarse	Establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros, puede dar y recibir afecto incluso en los peores momentos.
Iniciativa	Ser proactivo, espontaneo; tener decisión y energía para que las cosas sucedan.
Humor	Encontrar lo cómico en nuestros propios problemas, de nuestros propios errores, ayuda a superar situaciones desfavorables.
Creatividad	Crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden como resultado de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.
Moralidad	Extender el deseo personal del bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.
Pensamiento crítico	Capacidad de analizar situaciones y tomar decisiones en base a responsabilidad sobre nuestras acciones y afrontarlas cuando sea necesario.

Fuente: Blanco Torres y Caicedo Manjares (2016)

Tabla 3.

Factores asociados a la Resiliencia

Factores	Características
Personalidad y Recursos	- Optimismo y la esperanza. - Cinco niveles de los factores de la personalidad: psicodinámica, comportamental, sociocognitivas, humanista, biopsicosocial. - Afectividad positiva, los recursos emocionales positivos (Por ejemplo, el sentido del humor). - Empatía, compasión. - Orientación a objetivos (Por ejemplo, tenaz/persistente). - Compromiso, control, desafío. - Sentido de coherencia: comprensibidad, manejabilidad, significación.
El Ser y recursos relacionados con el ego	- Autoestima, confianza en uno mismo, fuerza del ego. - Domino, control, esperanza generalizada de que uno puede influir en el medio ambiente. - Auto eficacia (percepción de que uno puede realizar comportamientos para alcanzar los resultados deseados).

	- Estilo de apego seguro en el adulto. - Imagen propia diversificada o identidad de concepto / auto flexibilidad / auto complejidad múltiples funciones. - Autonomía, independencia (para pensar y actuar).
Recursos Interpersonales y Sociales	- La Red y la integración social, la relación social. - Apoyo disponible (apoyo recibido). - Cohesión social (trabajo, familia). - Relaciones estrechas de alta calidad.
Visión del mundo y creencias y valores culturales	- Espiritualidad / creencias y prácticas religiosas. - Supuestos del mundo (por ejemplo, la benevolencia, la justicia, la significatividad). - Propósito en la vida, el compromiso. - Colectivismo / familiaridad.
Conductual y Cognitivo	- Técnicas de relajación (por ejemplo, mindfulness, meditación).
Otros recursos	- Posición social, ingresos, los recursos financieros. - Riqueza, educación, capital social. - Inteligencia (en múltiples formas, tales como visión, creatividad, alto funcionamiento cognitivo). - Predisposición genética a la buena salud.

	- Constitución (por ejemplo, el riesgo de enfermedad bajo, sistema inmune fuerte). - Temperamento (tranquilo, equilibrado). - Estilos de vida saludables (dieta, actividad física, la abstinencia de sustancias, prácticas de sexoseguro). - Aptitud física (resistencia, fuerza, flexibilidad) y la vitalidad, la energía. - Experiencia pasada instructiva frente a la adversidad, tenacidad biológica.

Notas: Taxonomía de recursos resilientes que surgen de la experiencia personal propuesta por Schetter y Dolbier, 2011, citado en Asensio-Martínez et. al, 2017).

Dado que la resiliencia comúnmente se manifiesta cuando las personas enfrentan el sufrimiento de la vida, se puede considerar que el sufrimiento puede ser el desencadenante que produce problemas de salud mental. Por ello, entre las estrategias que se recomiendan para alcanzar una mayor resiliencia se tienen: establecer conexiones interpersonales, aumentar los niveles de auto confianza para la vida, buscar o contar con apoyo social y, por último, vivir con seguridad espiritual (Maneerat et al., 2018).

1.1.4 Resiliencia y salud mental

La salud no solo comprende el bienestar físico del ser humano, un pilar importante para el equilibrio de la salud se encuentre en el ámbito mental, nos permite llevar a cabo nuestras actividades cotidianas tanto personales como laborales, por lo que tener un buen estado de salud mental nos ayuda aumentar la productividad, fortalecer nuestras relaciones, mejorar nuestra salud física y mantener un estado de ánimo positivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), comprende el significado de la salud mental como “un

estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad" (p. 7).

El bienestar psicológico se refiere al desarrollo del potencial humano y de las propias capacidades y al crecimiento personal, y es un indicador de funcionamiento psicológico positivo. Esta perspectiva se basa en la teoría del desarrollo a lo largo de la vida que postula que, al superar diferentes desafíos de desarrollo, los individuos logran un crecimiento personal y un desarrollo psicológico (Buedo-Guirado et al., 2020).

Psicológicamente, la resiliencia se define como la posibilidad de recuperarse posterior a una desgracia o fase de dolor emocional, cuando se tiene una resiliencia óptima se aumenta los elementos protectores (soporte para combatir factores de riesgo, genéticos, personales, psicológicos o sociales), disminuyendo la sensibilidad frente a escenas riesgosas (Espejo-Garcés et al., 2017).

La salud mental debe estar presente en todos los aspectos, por lo que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con todos los factores que afectan el entorno del individuo (Ornelas Ramírez y Ruíz Martínez, 2017). Asimismo, los factores de protección son aquellos elementos individuales: inteligencia, autoestima, aptitudes para resolución de conflictos, autocontrol, autonomía, amparo familiar, respeto mutuo, cohesión, estabilidades y vínculo; y el soporte brindado por la sociedad, instituto de educación, trabajo o grupos sociales, que nos facilitan el soporte para combatir factores de riesgo, personales, psicológicos o sociales, disminuyendo la sensibilidad frente a escenas riesgosas recurrentes (ECLAC, 2007).

1.2 Adulto Mayor

La adultez tardía es una etapa de la vida generalmente definida como aquella que llega después de cumplir los 60 años. La OMS indica que una persona con edad de 60 años o más, ya puede considerarse de edad avanzada (Mehue et al., 2016; Montero Solano et al., 2017).

Convertirse en un adulto mayor se encuentra estrechamente relacionado con el envejecimiento, el cual es un proceso fisiológico que se inicia en la misma concepción del

individuo y provoca cambios sucesivos en las características generales a lo largo del ciclo de vida; estos cambios dan como resultado una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio ambiente. Los ritmos a los que se producen estos cambios en los diversos órganos de un mismo individuo o en individuos diferentes no son los mismos (Duque et al., 2020).

En Ecuador, la Constitución de la República del 2008 reconoce y garantiza diferentes derechos a los adultos mayores, definidos como tal como toda persona que ha cumplido 65 años o más. Se garantiza mediante la carta magna el derecho a no ser discriminados por la edad, al trabajo, la atención médica gratuita, jubilación universal, exoneraciones de pagos en algunos trámites y el acceso a una vivienda digna (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

1.2.1 Envejecimiento: teorías del envejecimiento

La población anciana está creciendo en todo el mundo a tasas mayores, como resultado de una mayor longevidad y menores tasas de mortalidad. En vista de esto, existe una preocupación por el proceso de envejecimiento activo, en el que se mejora la participación continua de las personas mayores en las actividades diarias (Davino de Medeiros et al., 2020). El envejecimiento es la disminución progresiva de la función y el rendimiento, que acompaña al paso de los años. Es el proceso de envejecer, que resulta en parte de la falla de las células del cuerpo para funcionar normalmente o para producir nuevas células del cuerpo para reemplazar las que están muertas o funcionan mal (Wahab Pathath, 2017). “El envejecimiento es un conjunto de cambios en el aspecto físico y fisiológico que se da gradualmente con el paso del tiempo sobre los seres vivos. El envejecimiento es una etapa universal, irreversible, diferente y propia’’ (Rico-Rosillo et al., 2018) (p. 287-298).

El envejecimiento de la población humana se ha convertido en un gran desafío para las sociedades de todo el mundo. La mayor carga de la mala salud ahora recae sobre las personas mayores. La disminución de las tasas de natalidad, junto con el aumento de la población en algunos países de adultos mayores activos, competitivos y autosuficientes, están aumentando la proporción de miembros dependientes e independientes de la sociedad, lo que plantea importantes problemas económicos y sociales (Flatt y Partridge, 2018).

El proceso de envejecer es muy crucial y muchas personas también lo encuentran difícil. Cuando las personas avanzan hacia el proceso de envejecimiento, comienzan a alejarse del grupo de edad joven, lo que los hace sentir negativos hacia su propia edad e incapaces de hacer ciertas cosas. Muchas veces, el estigma asociado con el envejecimiento es que hace que las personas sean poco atractivas, dependientes, incompetentes y emocionales (Pramanik y Biswal, 2020).

Por otro lado, en Ecuador, "se ha observado durante los últimos años una transición demográfica, que ha sido caracterizada por el envejecimiento poblacional, incrementando la incidencia de enfermedades crónicas y la demanda de servicios de cuidados para ancianos" (Forttes Valdivia, 2020).

Se han propuesto varias teorías, que se dividen en dos categorías principales, en un intento de explicar el proceso de envejecimiento. Por una parte, hay conceptos que sostienen que el envejecimiento es programado y aquellos que postulan que el envejecimiento es causado por la acumulación de daño. Por otro lado, otras teorías sugieren la existencia de varias fuentes y objetivos del daño (Sergiev et al., 2015).

Todas las teorías convencionales sobre el envejecimiento reconocen que los fenotipos de envejecimiento son el resultado de un desequilibrio entre los factores estresantes y los mecanismos amortiguadores del estrés y una pérdida resultante de la reserva compensatoria que conduce a la acumulación de daños no reparados. Esto, a su vez, da como resultado una mayor susceptibilidad a las enfermedades, una reserva funcional reducida, una capacidad de curación y una resistencia al estrés reducidas, una salud inestable y, finalmente, un retraso en el crecimiento (Bektas et al., 2018).

– ***Teorías estocásticas.***

Estas parten del principio de que envejecer es el resultado de vivir. El primer grupo, las teorías estocásticas, también conocidas como teorías del envejecimiento por uso y desgaste, sugieren que envejecemos debido al daño acumulativo en nuestros cuerpos de fuentes externas e internas. Debido a que dicho daño no se repara por completo, simplemente nos "desgastamos" con el tiempo (Wahab Pathath, 2017).

Una de esas teorías enfatiza el papel de los radicales libres, átomos que son inestables porque han perdido electrones. Según esta teoría, estas partículas altamente inestables son producidas continuamente por el metabolismo del cuerpo; una vez formados, reaccionan violentamente con otras moléculas en la célula, produciendo daño. Cuando este daño afecta al ADN, los radicales libres pueden interferir con aspectos básicos del mantenimiento y la reparación celular. La teoría propone que este daño se acumula con el tiempo, produciendo así el declive asociado con el envejecimiento (Wahab Pathath, 2017).

Los radicales libres, o metabolitos reactivos del oxígeno (ROM), son la base de la teoría del estrés oxidativo que se asocia con las reacciones de biomoléculas con óxidos y peróxidos que conducen a la destrucción de las biomoléculas, provocando muchas alteraciones degenerativas asociadas con el envejecimiento. En consecuencia, el envejecimiento es una consecuencia de las acciones de las ROM sobre las biomoléculas, generando enfermedad y muerte (Trevisan et al., 2019).

– ***Teorías no estocásticas.***

El envejecimiento está predeterminado por cambios celulares programados o por cambios en el sistema inmunológico. Según las teorías no estocásticas, el entorno y la genética actúan conjuntamente sobre el envejecimiento, dentro de estas teorías se encuentra la teoría del envejecimiento celular o senescencia programada, la teoría de los telómeros, la teoría de la mutagénesis intrínseca y la teoría inmunológica (Trevisan et al., 2019).

La teoría del estrés oxidativo del envejecimiento se basa en la hipótesis de que las pérdidas funcionales asociadas con la edad se deben a la acumulación de daños inducidos por especies reactivas de oxígeno y nitrógeno. Al mismo tiempo, el estrés oxidativo está involucrado en varias condiciones relacionadas con la edad (es decir, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, enfermedades neurodegenerativas y cáncer), incluidas la sarcopenia y la fragilidad (Liguori et al., 2018).

– ***Teorías psicosociales.***

Las teorías psicosociales proponen que muchos factores además de la genética contribuyen al envejecimiento. Las teorías psicosociales se centran en los aspectos mentales,

emocionales y sociales del envejecimiento. Las tres principales teorías psicosociales sobre el envejecimiento son la teoría de la continuidad, la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad (Iacub y Sabatini, 2015).

- ***Teoría de la continuidad***. La teoría de la continuidad del envejecimiento normal establece que los adultos mayores generalmente mantendrán las mismas actividades, comportamientos, rasgos de personalidad y relaciones que tenían en sus primeros años de vida (Akın, 2015).

- ***Teoría de la desvinculación***. Postula que el envejecimiento exitoso implica una desconexión voluntaria de los roles sociales de la vida adulta activa. Esta desvinculación se consideró funcional y beneficiosa para la sociedad. La teoría de la desconexión es una teoría del envejecimiento ahora desacreditada (Asiamah, 2017).

- ***Teoría de la actividad***. Se basa en la idea de que las personas mayores que son activas están más satisfechas con sus vidas que las que no lo son. La teoría del envejecimiento activo propone que los adultos mayores pueden continuar con el nivel de actividad e interacción social que disfrutaban en la mediana edad reemplazando sus roles anteriores por otros nuevos (Özsungur, 2020).

> El envejecimiento activo se refiere al mantenimiento de la salud de los ancianos y al control de sus actividades diarias. Esto puede generar una mejor calidad de vida, representada por percepciones favorables de su posición en la vida, dentro de un contexto cultural, en relación con sus metas, expectativas, preocupaciones y deseos. Por lo tanto, el envejecimiento activo se refiere al bienestar físico, social y mental, así como a la participación social, protección, seguridad y cuidado de los adultos mayores para evitar discapacidades, enfermedades crónicas y menor uso de los servicios de salud (Davino de Medeiros et al., 2020, p. 2).

1.2.2 Tipos de envejecimiento

Como se ha planteado anteriormente, el envejecimiento es un proceso natural de los seres vivos, en este caso de los humanos, que consiste en el deterioro de funciones físicas y mentales. Según Wahab Pathath (2017), hay cuatro tipos de edad:

a) La edad biológica de un individuo puede definirse como una estimación de la posición actual del individuo con respecto a su potencial de vida.

b) La edad psicológica, por definición, se refiere a las capacidades adaptativas de los individuos, es decir, qué tan bien pueden adaptarse a las demandas ambientales cambiantes en comparación con el promedio.

c) La edad funcional está estrechamente relacionada con la edad psicológica. La edad funcional es el nivel de capacidades de un individuo en relación con otros de su edad para funcionar en una determinada sociedad humana.

d) La edad social se refiere a los roles y hábitos sociales de un individuo con respecto a los demás miembros de una sociedad.

1.2.3 Factores de riesgo y protección

El envejecimiento poblacional se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial debido al crecimiento poblacional de este grupo de edad, pues demandan mayor cantidad de recursos y atención; según datos demográficos se tienen registros de crecimiento poblacional de adultos mayores, que actualmente en el mundo hay cerca de 810 millones de personas, es decir, el 11.8% de la población mundial total (Duque et al., 2020).

El envejecimiento de la población es un problema global importante del siglo XXI, que ofrece oportunidades y desafíos a la sociedad. Las personas mayores pueden (y lo hacen) desempeñar funciones contributivas (económica, social y culturalmente) en las sociedades cuando se les brinda la oportunidad de hacerlo. Sin embargo, la pobreza y la exclusión social representan dos de las barreras más importantes para que las personas mayores contribuyan al desarrollo y participen de sus beneficios. Una comprensión enriquecida y un discurso sobre la pobreza en la vejez, por lo tanto, es pertinente y apremiante en el contexto del envejecimiento global (Kwan y Walsh, 2018).

Las enfermedades crónicas, también conocidas como Enfermedades No Transmisibles (ENT), tales como la diabetes mellitus tipo II, artritis, Alzheimer y demencia, entre otras, son la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo y afectan especialmente a los adultos mayores. Estas tienen un impacto negativo en el estilo de vida de las personas mayores, limitan su actividad diaria y causan muchos problemas sociales, psicológicos y médicos (Alharbi et al., 2020).

La salud mental de la población en general, especialmente en las personas mayores, ha causado preocupación, ya que son más vulnerables a las enfermedades mentales. Esta vulnerabilidad viene no sólo por las repercusiones que resultan de las condiciones fisiológicas inherentes al proceso de envejecimiento, sino también por los diversos cambios políticos, sociales, culturales y de salud pública como lo ha sido la pandemia por COVID-19 (Silva Fhon et al., 2022).

El envejecimiento es el principal factor de riesgo de la demencia y casi todos los países han visto aumentar su esperanza de vida desde principios del siglo XXI. La pérdida de la función cognitiva aumenta con la edad en todas las poblaciones. La demencia no es una parte normal del envejecimiento, pero tiene profundas consecuencias para las personas que la padecen, ya que se considera la tercera causa principal de años de vida ajustados por discapacidad en general (Bazooband y Kaviani, 2020).

Según Zanchettin y Mangini (2020), los cambios derivados del proceso de envejecimiento, tanto fisiológicos como patológicos, pueden contribuir al desarrollo de la depresión en las personas mayores, hoy considerada un problema de salud pública que afecta a cerca de 154 millones de personas en todo el mundo. Los estudios indican una mayor incidencia de depresión entre los ancianos y una asociación significativa con la edad, la raza y la actividad física.

El deterioro cognitivo, incluida la disminución de la capacidad de memoria, es parte del envejecimiento normal, además de ser un síntoma característico de la demencia y la enfermedad de Alzheimer (Sjøli Bråthen et al., 2021).

Por otro lado, las connotaciones negativas asociadas a la vejez, tales como la lentitud para realizar algunas actividades y la pérdida de la memoria de corto plazo, entre otras, pueden hacer que los ancianos sean más vulnerables, se sientan impotentes y podrían impedirles lograr un envejecimiento exitoso (Pramanik y Biswal, 2020).

Se estima, en ancianos, una muerte por cada cuatro intentos de suicidio en el mundo, con una etiología multifactorial, resultante de la combinación de morbilidades físicas, mentales y sociales. La psicoterapia es menos solicitada en los ancianos que en los grupos de población más jóvenes. Así, la consecución satisfactoria de las acciones de prevención debe apuntar a la reducción del sufrimiento, la participación activa en la sociedad y la búsqueda de la autonomía (Zanchettin, y Mangini, 2020).

Por otra parte, la soledad en la vejez tiene consecuencias adversas para el bienestar, la salud física y mental y la mortalidad. Una definición común de soledad establece que la soledad es una discrepancia entre los niveles de relaciones sociales deseados y alcanzados. Esta discrepancia puede estar relacionada con el número de relaciones, la frecuencia de contacto o la intimidad o la calidad de las relaciones; la soledad abarca dos dimensiones: emocional y social, donde la soledad emocional se refiere a la ausencia de un vínculo emocional cercano, mientras que la soledad social se refiere a la ausencia de una red social atractiva (Dahlberg et al., 2021).

En cuanto a los factores protectores, se ha observado que cuando los adultos mayores cuentan con compañía, relaciones afectivas, buena alimentación, cuidados de enfermería y practican algún tipo de actividad física tienden a sentirse mejor y a sentirse felices (Ross et al., 2017).

Tres factores protectores aparecen continuamente a lo largo de la literatura científica y que se correlacionan con la resiliencia y el envejecimiento exitoso, son la autoeficacia, el apoyo social y la salud física (McClain et al., 2018).

1.2.4 Resiliencia en el adulto mayor

Desde la psicología del desarrollo, las diferentes concepciones de la resiliencia se han integrado en modelos de envejecimiento saludable. De esta manera, la resiliencia puede ser

definida como la capacidad de recuperarse de los eventos difíciles de la vida; es la capacidad para resistir a la adversidad y recobrar la energía, incluso crecer, a pesar de las recaídas de la vida (Castro Saucedo et al., 2018).

Las funciones críticas para los adultos mayores en un análisis de resiliencia podrían incluir la capacidad de vivir de forma independiente o de participar significativamente en ciertas actividades (Evangelista et al., 2017).

A través del uso de factores protectores, la resiliencia apoya el proceso de superación de la adversidad, permitiendo que los adultos mayores envejezcan con éxito. Al incorporar una alta capacidad funcional, compromiso activo y la ausencia de enfermedades y discapacidades, el envejecimiento exitoso promueve la independencia en los adultos mayores (McClain et al., 2018).

Tabla 4.

Factores asociados a la resiliencia en la adultez tardía

Nivel individual	
Resiliencia constitucional	Temperamento positivo
	Neurobiología robusta
Sociabilidad	Capacidad
Inteligencia	Logros personales
	Planificación y toma de decisiones
Habilidades de comunicación	Uso del lenguaje (comunicación con otros)
	Lectura.
Atributos personales	Tolerancia al afecto negativo
	Autoeficacia
	Autoestima
	Sentido fundamental de uno mismo
	Locus de control interno
	Sentido del humor
	Optimismo

	Estrategias para lidiar con el estrés. Conjunto duradero de valores. Perspectiva equilibrada sobre la experiencia. Maleabilidad y flexibilidad. Fortaleza, convicción, tenacidad y determinación.
Nivel familiar	
Familias solidarias	Calor familiar Cohesión y cuidado en el seno de la familia Relación cercana con otros familiares.
Estatus socioeconómico	No culpar Apoyo marital (de ser posible). Talento o pasatiempo valorado por otros. Recursos materiales.
Nivel de la comunidad	
Comunidades solidarias	Creencia en el individuo. No punitivo. Disposiciones y recursos para ayudar a creer en los valores de la sociedad.
Recursos culturales	Actividades tradicionales. Espiritualidad. Idiomas tradicionales. Curación tradicional.

Fuente: Fleming y Ledogar (2018)

Pramanik y Biswal (2020), refieren que los capitales psicológicos son las tendencias internas de un individuo que enfatizan más la positividad sobre la negatividad. Estos suelen constituirse en tener un alto nivel de esperanza, optimismo, autoeficacia y resiliencia; en

consecuencia, estas cualidades ayudan al individuo a afrontar mejor las situaciones adversas de la vida.

Por otro lado, las personas con un alto nivel de extroversión están más motivadas a ser socialmente activas, lo que puede influir indirectamente en el funcionamiento cognitivo y la mortalidad, ya que el compromiso social protege contra el deterioro cognitivo y la mortalidad. Además, aquellos con un alto nivel de extroversión pueden desempeñarse mejor en tareas cognitivas debido a una respuesta más rápida, asertividad y menor excitación general (Yoneda et al., 2022).

1.2.5 Adultos mayores institucionalizados

Se entiende por adulto mayor institucionalizado a aquella persona que vive en espacios exclusivos para la residencia y atención de personas de 60 años o más (o 65 años o más) según el país; son centros geriátricos donde se brinda atención y cuidados especializados dirigidos a este grupo etario; la administración del establecimiento puede ser pública, privada o mixta (Coindreau-Frias et al., 2018).

La disminución de la capacidad funcional de los adultos mayores se manifiesta en la dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria y una mayor dificultad para ejercer sus cuidados, lo que se vincula directamente con la necesidad de institucionalización y su consecuente proceso (Domingues et al., 2021).

La decisión de institucionalizar a un padre, abuelo u otro pariente anciano no es una tarea fácil. Debe llegarse a un acuerdo entre el cuidador y la persona mayor acerca de que es la decisión correcta para ambas partes y debe hacerse en consulta con el médico de la persona mayor y un trabajador social. A veces es necesaria la institucionalización como en el caso de ciertas dolencias de salud física y mental en los ancianos; en otras ocasiones es una elección hecha por ambas partes por diversos factores sociales, económicos y de estilo de vida. Independientemente de la razón, la decisión de institucionalizar a los ancianos nunca debe tomarse de manera apresurada o emocional (Davino de Medeiros et al., 2020; Martínez Pizarro, 2019).

Capítulo 2: Metodología

2.1 Tipo de Estudio

El presente estudio fue cuantitativo, con un enfoque transversal, y un alcance descriptivo y correlacional.

2.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores que viven en tres centros geriátricos en la ciudad de Cuenca en el año 2022. La muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores que residen en: Los Jardines Centro Geriátrico, Centro Gerontológico Edad de Oro y Centro Gerontológico Nueva Esperanza.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se tuvo en cuenta ciertos criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

-Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que viven en residencias geriátricas de la ciudad de Cuenca.
- Deben aceptar la participación mediante la firma del Consentimiento Informado (Anexo 1)

-Criterios de exclusión:

- Hipoacusia que impida comunicarse.
- Que se encuentren incapacitados para responder.
- Que no deseen participar.

2.3 Objetivos del estudio

2.3.1 Objetivo general:

Determinar el nivel de resiliencia de los adultos mayores institucionalizados en las residencias geriátricas de la ciudad de Cuenca.

2.3.2 Objetivos específicos:

- Conocer las variables sociodemográficas de los participantes.
- Identificar los niveles de resiliencia y relacionar con las variables sociodemográficas.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Ficha sociodemográfica conformada por 6 preguntas, en esta ficha cada participante contesta los siguientes datos: etnia (indígena, mestiza, blanca, otra), género

(masculino, femenino, otro), edad, escolaridad (sin escolaridad, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleto, superior completo, nivel postgrado), estado civil actual (soltero, unión libre, casado, separado, divorciado, viudo), familiar que ha recibido tratamiento médico por alguna enfermedad mental con opciones de respuesta de Si o No (Anexo 2).

2.4.2 Escala de Resiliencia RS-14 de Wagnild (2009), (versión abreviada), fue elaborada para identificar la resiliencia individual, además está correlacionada negativamente con la depresión y la ansiedad de los adultos mayores. Consta de 14 ítems que se responden en base a una escala Likert de 7 puntos, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Cuenta con una confiabilidad de 0.79 según el coeficiente de Cronbach. Es una versión abreviada y basada en la Escala de Resiliencia (RS-25) (Wagnild & Young, 1993). La RS-14 determina dos factores: Factor I: Competencias (11 ítems, autoconfianza, iniciativa, autonomía, ingenio, persistencia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems, adaptación, flexibilidad, perspectiva de vida estable) (Anexo 3).

Las puntuaciones del instrumento se ubican en un mínimo de 14 y un máximo de 98 puntos y la escala de análisis es la siguiente:

Tabla 5.

Escala de clasificación de Resiliencia RS-14

Rango de Puntuación	Clasificación RS-14
14 – 30 puntos	Resiliencia muy baja
31 – 48 puntos	Resiliencia baja
49 – 63 puntos	Resiliencia normal
64 – 81 puntos	Resiliencia alta
82 – 98 puntos	Resiliencia muy alta

Fuente: Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015)

Procedimiento:

1. Se solicitaron los permisos en los centros geriátricos.
2. Se solicitó el consentimiento de los participantes.
3. Se aplicaron los instrumentos.
4. Se creó la base de datos.
5. Se procesaron los datos en el Software SPSS v.25.

6. Se obtuvieron los resultados.

La recapitulación de las variables categóricas se mostró mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se presentaron con la media aritmética, desviación estándar, mínimo y máximo; se relacionaron los datos sociodemográficos con el nivel de resiliencia, identificando cuáles son las características de los adultos mayores con mayores y menores nivel de resiliencia.

Capítulo 3: Resultados

Como se puede observar en la tabla 6; la muestra fue de n=30, siendo la edad min=65 y la edad max=93 con una media m=77.8 y con una desviación estándar sd=7.9. Prevalece el género masculino con el 56.7% seguido del género femenino representado por un 43.3 %.

Tabla 6.

Rango de edad y sexo de la muestra estudiada

Edad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
65-75	1	3.3 %	8	26.7 %	9	30 %
76-85	8	26.7 %	8	26.7 %	16	53.3 %
Mayor a 86	4	13.3 %	1	3.3 %	5	16.7 %
Total	13	43.3 %	17	56.7 %	30	100 %

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a años de estadía tenemos un min=1 y max=15 con una media m=10 y una desviación estándar sd=3.6. Se categorizó en rangos 1-5, 6-10 y +10 como se puede observar en la tabla 7. El 87% de adultos mayores oscilan entre 1 año a 5 años de estadía.

Tabla 7.

Años de estadía

Estadía	Frecuencia	%
1-5	26	87 %
6-10	2	6.7 %
+ 10	2	6.7 %
Total	30	100 %

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en la tabla 8 que casi en su totalidad, son de etnia mestiza con un 93%.

Tabla 8.

Etnia

Etnia	Frecuencia	%
Mestizo	28	93 %
Blanco	2	6.7 %

Total	30	100 %

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en la tabla 9 que el 63.3% de adultos mayores han alcanzado la escolaridad secundaria o superior.

Tabla 9.

Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria incompleta	3	10%
Primaria completa	2	6.7%
Secundaria completa	12	40%
Secundaria incompleta	6	20%
Superior completo	7	23,3%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Respecto al estado civil, en la tabla 10 se puede observar que la mayoría de adultos mayores afirmó ser soltero o viudo llegando a ser el mayor porcentaje en la población con un 87% en total.

Tabla 10.

Estado civil

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	18	60%
Casado	1	3%
Divorciado (legalmente)	1	3%
Separado (De hecho)	2	7%
Viudo	8	27%
Total	**30**	**100%**

Fuente: Elaboración propia

En cuantos antecedentes psicopatológicos familiares encontrados en la tabla 11 los resultados nos muestran una mínima cantidad de antecedentes llegando a ser el 6.7% con

antecedentes de la población frente al 93.3% que no tiene antecedentes psicopatológicos familiares.

Tabla 11.

Antecedentes psicopatológicos familiares

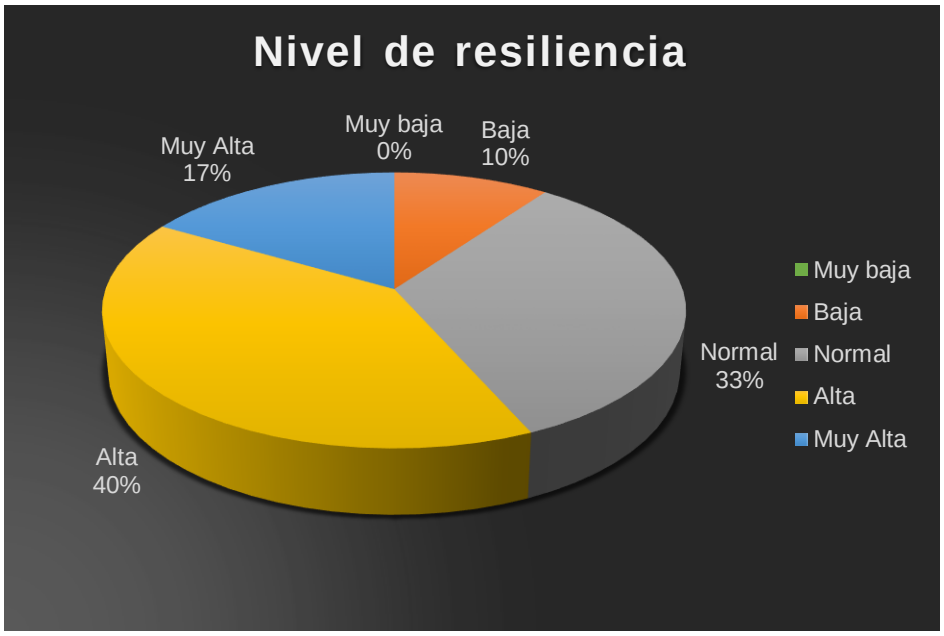
Antecedentes	Frecuencia	%
Si	2	6.7 %
No	28	93.3 %
Total	30	100 %

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con lo observado en la figura 1, respecto al nivel de resiliencia; el 73.3% de la población oscila entre resiliencia alta y normal, siendo este porcentaje el más relevante, también se pudo notar que el nivel de resiliencia muy baja tiene el 0%.

Figura 1.

Nivel de resiliencia



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se muestran la correlación de Spearman para variables ordinales y la correlación de Pearson para variables categóricas para determinar el nivel de resiliencia de

los adultos mayores institucionalizados en las residencias geriátricas en relación a los datos sociodemográficos de la ciudad de Cuenca.

Tabla 12.

Rangos etarios y nivel de resiliencia

			Nivel de Resiliencia	Edad
Rho de Spearman	Nivel de resiliencia	Coeficiente de correlación	1.000	.127
		Sig. (bilateral)		.504
		N	30	30
	Edad	Coeficiente de correlación	.127	1.000
		Sig. (bilateral)	.504	
		N	30	30

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla 12 la correlación no es significativa (0.127).

Tabla 13.

Tabla cruzada de rangos etarios-nivel de resiliencia

Edad	Muy Baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta	
65-75	0%	3.3%	6.7%	20%	3.3%	
76-85	0%	6.7%	16.7%	16.7%	10%	
Mayor a 86	0%	0%	10%	3.3%	3.3%	
Total	0%	10%	33.4%	40%	16.6%	100%

Elaboración propia

De acuerdo a lo observado en la tabla 13 los adultos mayores en el rango de edad 76-85 tienen el mejor nivel de resiliencia seguido de los mayores a 86 años, exceptuando en resiliencia alta donde el rango con mayor porcentaje es de 65-75.

Tabla 14.

Años de estadía y nivel de resiliencia

		Nivel de Resiliencia	Tiempo viviendo

Rho de Spearman	Nivel de resiliencia	Coeficiente de correlación	1.000	-273
		Sig. (bilateral)		144
		N	30	30
	Tiempo viviendo	Coeficiente de correlación	-273	1.000
		Sig. (bilateral)	.144	
		N	30	30

Fuente: Elaboración propia

El nivel de resiliencia se muestra ligeramente superior (en valor absoluto) a la edad como lo muestra la tabla 14, lo que indica una correlación inversa (−0.273). Ciertamente el resultado es <0.05 lo cual significa que el resultado no es significativo.

En la tabla 15 se indica la distribución de la muestra por género según los niveles de resiliencia, se muestra que más participantes de la muestra de género masculino tienen una proporción de alta resiliencia, también se observó que hubo un 10% de resiliencia baja en mujeres en comparación con los hombres que tuvieron un 0% en este apartado.

Tabla 15.

Tabla cruzada género y nivel de resiliencia

		Género			
		Masculino		**Femenino**	
		Recuento	**% de N tablas**	**Recuento**	**% de N tablas**
Nivel de resiliencia	Baja	0	0.0%	3	10.0%
	Normal	6	20.0%	4	13.3%
	Alta	8	26.7%	4	13.3%
	Muy alta	3	10.0%	2	6.7%
	Total	17	56.7%	13	43.3%

Fuente: Elaboración propia

Con un 26.6% y en el género femenino un 13.3% tanto para nivel alto como normal, seguido de un 33.3% con el nivel de resiliencia normal.

Tabla 16.

Chi cuadrado género y nivel de resiliencia

	Valor	gl	Significación p

Chi cuadrado de Pearson	4.480	3	.214

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17.

Tabla cruzada etnia y nivel de resiliencia

		Etnia			
		Mestizo		Blanco	
		Recuento	% de N tablas	Recuento	% de N tablas
Nivel de resiliencia	Baja	3	10.0%	0	0.0%
	Normal	10	33.3%	0	0.0%
	Alta	11	36.7%	1	3.3%
	Muy alta	4	13.3%	1	3.3%
	Total	28	93.3%	2	6.7%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18.

Chi cuadrado etnia y nivel de resiliencia

	Valor	gl	Significación p
Chi cuadrado de Pearson	2.41	3	.492

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en la tabla 18 que la correlación entre etnia y el nivel de resiliencia no se relaciona de manera significativa ya que el resultado es <0.05.

Tabla 19.

Tabla cruzada escolaridad y nivel de resiliencia

	Escolaridad					
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior incompleta	Superior completa
	% de N tablas	% de N tablas	% de N tablas	% de N tablas	% de N tablas	% de N

							tablas
Nivel de resiliencia	Baja	0.0%	0.0%	6.7%	3.3%	0.0%	0.0%
	Normal	0.0%	3.3%	10.0%	10.0%	0.0%	10.0%
	Alta	10.0%	3.3%	3.3%	20.0%	0.0%	3.3%
	Muy alta	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	10.0%
	Total	10.0%	6.7%	20.0%	40.0%	0.0%	23.3%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 19 se observa que los adultos mayores con mejor nivel de resiliencia tienen una educación superior completa y secundaria completa.

Tabla 20.

Chi cuadrado escolaridad y nivel de resiliencia

	Valor	gl	Significación p
Chi cuadrado de Pearson	16.345	12	.176

Fuente: Elaboración propia

Como se indica en la tabla 20 la correlación no es significativa entre los rangos etarios con el nivel de resiliencia teniendo un resultado p>0.05 (0.176).

Tabla 21.

Tabla cruzada estado civil y nivel de resiliencia

		Estado Civil				
		Soltero	**Separado (de hecho)**	**Viudo**	**Divorciado (legalmente)**	**Casado**
		% de N tablas	**% de N tablas**	**% de N tablas**	**% de N tablas**	**% de N tablas**
Nivel de resiliencia	Baja	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Normal	20.0%	0.0%	10.0%	3.3%	0.0%
	Alta	20.0%	3.3%	13.3%	0.0%	3.3%

	Muy alta	10.0%	3.3%	3.3%	0.0%	0.0%
	Total	60%	6.7%	26.7%	3.3%	3.3%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la tabla 21 los adultos mayores viudos y solteros tienen mayor nivel de resiliencia; sin embargo, hay que tener en cuenta que la mayoría de la muestra estudiada respondió estar soltero, lo cual puede haber influenciado en los resultados.

Tabla 22

Chi cuadrado estado civil y nivel de resiliencia

	Valor	gl	Significación p
Chi cuadrado de Pearson	7.875	12	.795

Fuente: Elaboración propia

La correlación entre el nivel de resiliencia y el estado civil mostrada en la tabla 22 no es significativa ya que el resultado obtenido es >0.05, por lo cual no hay correlación relevante.

Tabla 23

Tabla cruzada antecedentes psicopatológicos familiares y nivel de resiliencia

		Antecedentes Psicopatológicos			
		No		**Si**	
		Recuento	**% de N tablas**	**Recuerdo**	**% de N tablas**
Nivel de resiliencia	Baja	3	10.0%	0	0.0%
	Normal	9	30.0%	1	3.3%
	Alta	11	36.7%	1	3.3%
	Muy alta	5	16.7%	0	0.0%
	Total	28	93.3%	2	6.7%

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla 23 que casi la totalidad de la población (93.3%) no tiene antecedentes psicopatológicos familiares.

Tabla 24

Chi cuadrado antecedentes psicopatológicos familiares y nivel de resiliencia

	Valor	gl	Significación p
Chi cuadrado de Pearson	7.875	12	.849

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los antecedentes psicopatológicos mostrados en las tablas 23 y 24 la relación con el nivel de resiliencia no es significativa, ya que al igual con el estado civil el resultado es >0.05.

Discusión

La actual investigación fue elaborada para tener conocimiento sobre los niveles de resiliencia en las casas geriátricas de la ciudad de Cuenca para resaltar la importancia de la misma, en una muestra de 30 personas pertenecientes al centro “Jardines”, “Ciudad de Oro” y “Nueva Esperanza”, todos con un nivel de resiliencia en su mayoría entre alta y normal.

En la ciudad de Quito en una investigación se observó que los adultos mayores institucionalizados su edad va desde los 70 años de edad en adelante y con predominancia entre 81 años a 90 años (Llano, 2021). En la investigación presente los participantes se encuentran entre los 76 años a 85 años lo cual indica similitudes en los resultados.

Igualmente, en aquella investigación se notó que su estado civil en su mayoría eran viudos (69.7%), lo cual hay diferencia en la investigación ya que los resultados obtenidos indicaron que la mayoría eran solteros (60%).

En la escala resiliencia en los centros geriátricos de Quito en el 2021 existieron cifras promedio y regulares, indicando un manejo adecuado, permitiendo un confrontamiento a distintas calamidades personales, sociales o familiares (Llano, 2021), en el mismo año en Perú se correlacionó los niveles de resiliencia con la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, reflexionando niveles medios y altos en esta población indicando que entre mayor resiliencia mayor calidad de vida de estos adultos, (Pinto, 2021). En comparación con esta investigación se obtuvo porcentajes 17% y 40% respectivamente en los niveles muy alto y normal se puede observar que basándonos en los estudios similares el nivel de resiliencia en los centros geriátricos en Latinoamérica en general mantienen un nivelentre normal y muy alto.

.

Conclusión

Conforme al objetivo general, evidenciamos los niveles de resiliencia de los adultos mayores de la ciudad de Cuenca, donde se comprendió entre más altos, la calidad vida de esta población es superior. Lo cual es un resultado positivo para los adultos mayores que son residentes en casas geriátricas ya que tienen una buena capacidad de afrontamiento a situaciones difíciles como puede ser la falta de visitas, el sentimiento de soledad. Esto puede ir acompañado del apoyo emocional que recibe al estar rodeados de otros adultos mayores.

Según los resultados obtenidos en la muestra estudiada, los antecedentes psicopatológicos familiares no tienen una relación significativa con los niveles de resiliencia de los adultos mayores institucionalizados, lo que significa que este aspecto no tiene influencia en el nivel de resiliencia en las personas mayores.

En los datos sociodemográficos la mayoría respondió estar soltero lo que puede indicar que no cuentan con un apoyo emocional de pareja, también puede significar que no reciben muchas visitas.

Algo que tener en cuenta en los niveles de resiliencia es la calidad de vida que se tiene en los centros gerontológicos, es decir el apoyo cultural social, personal. Esto comparado con los resultados obtenidos puede haber influido en que los niveles de resiliencia no sean bajos.

Durante esta investigación los primeros cinco años de estadía en las casas geriátricas los adultos mayores obtuvieron una mayor nivel de resiliencia, esto puede deberse al contacto continuo con el ámbito social es decir contar con el apoyo de sus familiares y conocer a su vez a nuevos compañeros de vida, mientras pasaba su tiempo de estadía, hubo una disminución en el nivel de resiliencia pero siempre manteniéndose en rango normal y alto, esto se puede deber a los programas que tienen los centros geriátricos para mantener una buena resiliencia.

Recomendaciones y limitaciones

En cuanto a las limitaciones, se identificó que el tamaño de la muestra fue una limitación porque se contó con una limitada muestra de 30 adultos mayores, también que la mayoría de adultos mayores respondieron en su estado civil soltero (60%) lo cual es una cantidad a considerar a futuro para estudiar una muestra más amplia y diversa.

Se recomienda nuevas investigaciones que identifiquen cómo esta la calidad de vida de los centros geriátricos.

También una limitante fue que la investigación se centró solo en los adultos mayores institucionalizados reduciendo la población general; para una línea futura se tendría que tomar en cuenta a los adultos mayores que no se encuentran en centros geriátricos para comparar los resultados.

Implementar la aplicación de la escala RS-14 en investigaciones futuras para adultos mayores, ayudando a incrementar la base de datos acerca del nivel de resiliencia de los residentes de los centros geriátricos.

Campañas de psicoeducación en la sociedad sobre la importancia de ser un individuo resiliente en su vida diaria y cómo esto afecta en años posteriores.

Incluir programas ciudadanos de salud pública que ayuden a confrontar situaciones problemáticas o aquellas que fomenten el positivismo para lograr un envejecimiento favorable.

Cambiar la percepción acerca de vejez por una visión de envejecimiento, visto como un proceso que requiere aprendizaje continuo para adaptarse a los cambios a lo largo de la vida, para promover un envejecimiento activo y exitoso.

Referencias

Akın, E. (2015). Sources of social support of elderly immigrants and their effects on psychosocial functionality. *International Journal of Social Sciences and Education Research, 1*(3), 949-959. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/356086

Alharbi, B. A., Masud, N., Alajlan, F. A., Alkhanein, N. I., Alzahrani, F. T., Almajed, Z. M., Alessa, R. K. M., y Al-Farhan, A. I. (2020). Association of elderly age and chronic illnesses: Role of gender as a risk factor. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *9*(3), 1684-1690. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1060_19

Amar Amar, J., Martínez González, M., y Utria Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte*, *29*(1), 124-133. https://www.redalyc.org/pdf/817/81728689014.pdf

Constitución de la República del Ecuador, 449 129 (2008). https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/filesasambleanacionalnameuid-29/constitucion-republica-inc-sent-cc.pdf

Asensio-Martínez, A., Magallón-Botaya, R., y García-Campayo, J. (2017). Resiliencia: Impacto positivo en la salud física y mental. *Revista INFAD de Psicología*, *2*(4), 231-242. https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1096

Asiamah, N. (2017). Social engagement and physical activity: Commentary on why the activity and disengagement theories of ageing may both be valid. *Cogent Medicine*, *4*(1289664), 1-3. https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1289664

Babic, R., Babic, M., Rastovic, P., Curlin, M., Simic, J., Mandic, K., y Pavlovic, K. (2020). Resilience in Health and Illness. *Psychiatria Danubina*, *32*(Suppl. 2), 226-232. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%202/dnb_vol32_noSuppl%202_226.pdf

Bazooband, A., y Kaviani, S. (2020). Social prescription for those living with dementia; does MedTech have a role to play? *International Journal of Aging Research*, *3*(75), 1-6. https://escipub.org/index.php/IJOAR/article/download/164/164/238

Bektas, A., Schurman, S. H., Sen, R., y Ferrucci, L. (2018). Aging, inflammation and the environment. *Experimental Gerontology*, *105*, 10-18. https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.12.015

Blanco Torres, Y., y Caicedo Manjares, C. R. (2016). Resiliencia como factor de éxito en las organizaciones. *Cult. Educ. Soc*, *7*(1), 85-95. http://dx.doi.org/10.17981/culteducsoc.07.1.2016.6

Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1-8. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642

Buedo-Guirado, C., Rubio, L., Dumitrache, C. G., y Romero-Coronado, J. (2020). Active Aging Program in Nursing Homes: Effects on Psychological Well-being and Life Satisfaction. *Psychosocial Intervention*, *29*(1), 49-57. https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/1132_0559_inter_29_1_0049.pdf

Cabrera Martínez, L., Barrita, A., y Wong-Padoongpatt, G. (2022). A Systematic Literature Review on the Resilience Reported by BIPOC in the Face of Discrimination. *Spectra Undergraduate Research Journal*, *2*(1), 1-13. https://digitalscholarship.unlv.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=spectra

Castro Saucedo, L. K., De León Alvarado, C. A., Acevedo Alemán, J., y Ramírez Ríos, C. O. (2018). Resilience Processes, Engagement and Emotional Competencies, in Professionals Attending Elder People in Violence Situations in Saltillo, Coahuila and Monterrey, Nuevo León, Mexico. *Actualidades En Psicología*, *32*(125), 33-50. https://doi.org/10.15517/ap.v32i125.32528

Coindreau-Frias, F., Ramos-Bacco, M., Barba-Marines, A., Gutiérrez-Torres, A., Barrera-Saldaña, H. A., y Valero-Gómez, J. (2018). Características del adulto mayor institucionalizado en el área metropolitana de Monterrey. *Salud Pública de México*, *60*(6), 738-739. https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n6/0036-3634-spm-60-06-738.pdf

Cosco, T. D., Howse, K., y Brayne, C. (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci*, *26*(6), 579-583. https://doi.org/10.1017/S2045796017000324

Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., y Naseer, M. (2021). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, *1876638*, 1-25. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638

Davino de Medeiros, M. M., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., Cavalcanti, Y. W., y Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta–analysis. *BMC Geriatrics*, *20*(1), 44. https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0

Delhom, I., Satorres, E., y Meléndez, J. C. (2020). Can We Improve Emotional Skills in Older Adults? Emotional Intelligence, Life Satisfaction, and Resilience. *Psychosocial Intervention, 29*(3), 133-139. https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v29n3/1132-0559-inter-29-3-0133.pdf

Domingues Alves da Silva, R. A., Ferreira da Silva, E., Moreira Freire Júnior, J. L., Brigido de Moura, W. V., Rocha Regis, R., y Macedo Teixeira, A. K. (2021). Factors related to lower functional capacity of institutionalized older adults. *Research, Society and Development, 10*(7), 1-12. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16253

Duque, P. A., Garcés Gómez, Y. A., Hincapié Ramirez, D., y Henao Trujillo, O. M. (2020). Fall risks in the elderly, an avoidable multifactorial event. *Revista Cultura Del Cuidado Enfermería*, *17*(2), 47-60. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1247919/i-fall-risks-in-the-elderly.pdf

ECLAC. (2007). *A system of indicators for monitoring social cohesion in Latin America* (p. 164). United Nations. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2888/1/S2007045_en.pdf

Espejo-Garcés, T., Lozano-Sánchez, Antonio. M., y Fernández-Revelles, Andrés. B. (2017). Revisión sistemática sobre la resiliencia como factor influyente en el transcurso de la etapa adolescente. *ESHPA - Education, Sport, Health and Physical Activity, 1*(1), 32-40. http://hdl.handle.net/10481/48960

Evangelista, R., Pinto, M., Rodrigues, D., Souza, V., Romijn, F., y Barbosa, A. (2017). Healthy aging from the perspective of the elderly: An integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *20*(6), 878-889. https://www.redalyc.org/pdf/4038/403854598015.pdf

Flatt, T., y Partridge, L. (2018). Horizons in the evolution of aging. *BMC Biology*, *16*(1:93), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12915-018-0562-z

Fleming, J., y Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research. *Pimatisiwin*, *6*(2), 7-23. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2956753/

Fullerton, D. J., Zhang, L. M., y Kleitman, S. (2021). An integrative process model of resilience in an academic context: Resilience resources, coping strategies, and positive adaptation. *PLoS One*, *16*(2), 1-22. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246000

García-Alarcón, I. K., Pico-Díaz, E. X., y Paccha-Tamay, C. L. (2021). Calidad de vida del adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. *Polo del Conocimiento*, *6*(7), 1186-1199. https://doi.org/10.23857/pc.v6i7.2915

Hassan, W., El-Halim, Z. A., Ahmed, S., y Mostafa, N. (2017). Psychological Problems as Perceived by Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly. *Journal of Education and Practice*, *8*(33), 61-67. https://core.ac.uk/download/pdf/234641208.pdf

Hassani, P., Izadi-Avanji, F.-S., Rakhshan, M., y Majd, H. A. (2017). A phenomenological study on resilience of the elderly suffering from chronic disease: A qualitative study. *Psychology Research and Behavior Management*, *10*, 59-67. https://doi.org/10.2147/PRBM.S121336

Iacub, R., y Sabatini, B. (2015). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Universidad Nacional de Mar del Plata. https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf

Jeyasingam, N. (2022). Philosophy for Resilience: A Meaningful Intervention for Medical Students. *Journal of Academic Ethics*, *20*, 67-72. https://link.springer.com/article/10.1007/s10805-021-09394-5

Kwan, C., y Walsh, C. A. (2018). Old age poverty: A scoping review of the literature. *Cogent Social Sciences*, *4*(1478479), 1-21. https://doi.org/10.1080/23311886.2018.1478479

Leeson, G. W., y Klein, A. L. (2022). *Population Ageing in Latin America* (p. 123). Oxford Institute of Population Ageing. https://www.ageing.ox.ac.uk/download/332

Liguori, I., Russo, G., Curcio, F., Bulli, G., Aran, L., Della-Morte, D., Gargiulo, G., Testa, G., Cacciatore, F., Bonaduce, D., y Abete, P. (2018). Oxidative stress, aging, and diseases. *Clinical Interventions in Aging*, *13*, 757-772. https://doi.org/10.2147/CIA.S158513

Llano, :. E. (2021). Miedo a la muerte y resiliencia en adultos mayores residentes en un centro de cuidados gerontológicos. *Univerdidad central del Ecuador*, 75-80.

Maheshwari, A., y Jutta, V. (2020). Study of relationship between optimism and resilience in the times of COVID-19 among university students. *The International Journal of Indian Psychology*, *8*(3). https://doi.org/10.25215/0803.157

Maneerat, S., Isaramalai, S., y Jantiya, S. (2018). A Guide to Promote Elderly Resilience: A Perspective from Thai Context. *Asian Journal of Humanities and Social Studies*, *6*(6), 201-204. https://www.ajouronline.com/index.php/AJHSS/article/view/5655/2949

Martínez Pizarro, S. (2019). Motivos de los cuidadores para la institucionalización de ancianos. *Sanum*, *2*(3), 32-39. https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=60

McClain, J., Gullatt, K., y Lee, C. (2018). *Resilience and Protective Factors in Older Adults* [Thesis, Dominican University of California]. https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2018.OT.11

Mehue, D., Rantetampang, A. L., y Sandjaja, B. (2016). Factors Affecting Depression to Old Age at Rehabiliy Old Age and Home Family Registered Health Primary Sentani Jayapura Regency Papua Province. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, *30*(5), 263-279. https://www.gssrr.org/index.php/JournalOfBasicAndApplied/article/download/6707/3212/

Meneghel, I., Salanova Soria, M., y Martínez Martínez, I. M. (2013). El camino de la Resiliencia Organizacional: Una revisión teórica. *Aloma: revista de psicologia, ciències de l'educació i de l'esport*, *31*(2), 13-24. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4544350

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Prioridades de investigación en salud 2013-2017*. https://www.healthresearchweb.org/files/Prioridades20132017.pdf

Montero Solano, G., Vega Chaves, J. C., y Hernández, G. (2017). Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. *Medicina Legal de Costa Rica*, *34*(1), 1-11. https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/1409-0015-mlcr-34-01-00120.pdf

Nina-Estrella, R. (2020). Resiliencia en la relación de pareja: La experiencia poshuracán María. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, *31*(1), 46-61.

OMS. (2013). *Plan de acción sobre la Salud Mental 2013-2020* (p. 54). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

Ornelas Ramírez, A., y Ruíz Martínez, A. O. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, *9*(25), 1-16. https://www.redalyc.org/pdf/3331/333152922001.pdf

Özsungur, F. (2020). Successful aging management in social work. *OPUS–International Journal of Society Researches*, *15*(10), 5277-5307. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1169440

Pinho de Oliveira Miss, A. C., Goulart Machado, A. P., y Aranha Miss, R. N. (2017). Identification of factors associated with resilience in medical students through a

cross-sectional census. *BMJ Open*, *7*(11), 18. https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e017189

Pinto, R. (2021). Calidad de vida y resiliencia en adultos mayores atendidos en centro de salud de Santa Ana de Tusi,. *Universidad Cesar Vallejo*, 30-45.

Pramanik, S., y Biswal, S. (2020). Ageism, psychological capital and life satisfaction: A study on elderly women. *The International Journal of Indian Psychology*, *8*(2), 1217-1225. https://doi.org/10.25215/0802.139

Rico-Rosillo, M. G., Oliva-Rico, D., y Vega-Robledo, G. B. (2018). Envejecimiento: Algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *56*(3), 287-298. https://www.redalyc.org/journal/4577/457757174017/457757174017.pdf

Ross, A., Bevans, M., Brooks, A. T., Gibbons, S., y Wallen, G. R. (2017). Nurses and Health-Promoting Behaviors: Knowledge May Not Translate Into Self-Care. *AORN journal*, *105*(3), 267-275. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.12.018

Sergiev, P. V., Dontsova, O. A., y Berezkin, G. V. (2015). Theories of Aging: An Ever-Evolving Field. *Acta Naturae*, *7*(1), 9-18. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410392/

Silva Fhon, J. R., Conceição da Costa, P., Santos Cardoso, T., Fontes Costa Lima, E., y Alves de Araújo Püschel, V. (2022). Depressive symptoms and associated factors in older people during the COVID-19 pandemic in the city of São Paulo-SP. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, *25*(6), 1-10. https://www.scielo.br/j/rbgg/a/ZC5DfmzCw6KMsWs3g3C3HNQ/?format=pdf&lang=pt

Sjøli Bråthen, A. C., Glasø De Lange, A.-M., Fjell, A. M., y Walhovd, K. B. (2021). Risk- and protective factors for memory plasticity in aging. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, *28*(2), 201-217. https://doi.org/10.1080/13825585.2020.1727834

Thygesen, E., Saevareid, H. I., Lindstrom, T. C., y Engedal, K. (2009). Psychological distress and its correlates in older care-dependent persons living at home. *Aging & Mental Health*, *13*(3), 319-327. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/psych._distress_and_its_correlates_in_old_people._9118221241.pdf

Trevisan, K., Cristina-Pereira, R., Silva-Amaral, D., y Aversi-Ferreira, T. A. (2019). Theories of Aging and the Prevalence of Alzheimer's Disease. *BioMed Research International*, *2019*, 1-9. https://doi.org/10.1155/2019/9171424

Ul Hassan, S. M., Hamid, T. A., Haron, S. A., y Ibrahim, R. (2018). A Systematic Review on Psychosocial Determinants of Elderly Subjective Wellbeing. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, *9*(6), 107-120. http://archive.sciendo.com/MJSS/mjss.2018.9.issue-6/mjss-2018-0166/mjss-2018-0166.pdf

Vella Shae-Leigh, C., y Nagesh B, P. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Arch Med Health Sci*, *7*, 233-239. https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_119_19

Wahab Pathath, A. (2017). Theories of Aging. *The International Journal of Indian Psychology*, *4*(3), 15-22. https://doi.org/10.25215/0403.142

Weitzel, E. C., Löbner, M., Röhr, S., Pabst, A., Reininghaus, U., y Riedel-Heller, S. G. (2021). Prevalence of High Resilience in Old Age and Association with Perceived Threat of COVID-19—Results from a Representative Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *18*(7173), 1-9. https://doi.org/10.3390/ijerph18137173

Yoneda, T., Graham, E., Lozinski, T., Bennett, D. A., Mroczek, D., Piccinin, A. M., Hofer, S. M., y Muniz-Terrera, G. (2022). Personality Traits, Cognitive States, and Mortality in Older Adulthood. *American Psychological Association*, *418*, 1-12. https://doi.org/10.1037/pspp0000418

Zanchettin Silva, S. P., y Mangini Bocchi, S. C. (2020). Measuring suicide risk in the elderly with non-institutionalized depression: An integrative review. *Rev Bras Enferm*, *73*(Suppl 3), 1-10. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0106

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Formulario de Consentimiento Informado

Por medio de este documento, Milena Paulette Rueda Romani y Jonnathan Alexis Unigarro Arcentales, estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, quienes desarrollan un estudio, cuyo objetivo es determinar el nivel de resiliencia de los adultos mayores institucionalizados en las residencias geriátricas de la ciudad de Cuenca, me han informado los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar la atención de los adultos mayores en función de la obtención de niveles de resiliencia óptimos.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico.
- La información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.
- El presente estudio no representa riesgo para mi persona, ya que sólo contestaré cuestionarios.

He sido informado y todas mis dudas han sido aclaradas, por lo que acepto participar en el estudio.

En caso de dudas puedo comunicarme con Verónica Serrano, al número de teléfono: ____0998662266_____.

Nombre y firma del participante	Nombre y firma del investigador

Anexo 2. Ficha Sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL.

Número de ficha ☐

Nombre del entrevistador…….
Fecha…….

1.- Etnia (Marque con un X lo que corresponde)

1 ☐ Indígena	2 ☐ Mestiza	3 ☐ Blanca	4 ☐ Otra

2.- Género (Marque con un X lo que corresponde)

1 ☐ Masculino	2 ☐ Femenino	3 ☐ Otros

3.- Edad:_____años cumplidos (Solo números)

4.- Escolaridad (Marque con un X una sola opción)

1 ☐ Sin escolaridad
2 ☐ Menos 10 de años estudio
3 ☐ 10 años de estudio
4 ☐ Más de 10 de estudio
5 ☐ Bachillerato (3ro de bachillerato aprobado)
6 ☐ Superior incompleto
7 ☐ Superior completo
8 ☐ Nivel postgrado

5.- Estado civil actual: (Marque con un X lo que corresponde)

1 ☐ Soltero/a	4 ☐ Separado/a (de hecho)
2 ☐ Unión libre	5 ☐ Divorciado/a (legalmente)
3 ☐ Casado/a	6 ☐ Viudo/a

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE RESILIENCIA (ER-14)

Número de participante: _____

Edad:_____años Sexo: 1. Masculino___2. Femenino: ____

Nivel educativo:

1. Sin nivel ____ 2. Primaria ____ 3. Bachillerato ____ 4. Superior ____

Tiempo viviendo en la residencia geriátrica:_____años

La Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14)
Fecha: _____

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde "1" (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a "7" (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de "1". Si no está muy seguro, haga un círculo en el "4", y si está totalmente de acuerdo, haga un circulo en el "7", y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números.

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7

En esta investigación, la puntuación media de la escala es de 71 (DE = 32,81), y el rango de puntuación estará comprendido entre el mínimo 24 y el máximo 98 puntos.

Firma de responsabilidad	**Firma de responsabilidad**
(estudiante)	(director sugerido)