

Resiliencia, optimismo, esperanza y sentido de vida en el adulto mayor con y sin enfermedad crónica de la ciudad de Bogotá*

Resilience, Optimism, Hope, and Sense of Life in Older Adults With and Without Chronic Diseases in Bogota



Erika Ortiz Rodríguez
erikaortiz.rodriguez@hotmail.com

Fundación Universitaria Sanitas, Colombia

Luisa Fernanda Forero Quintana
luisaffor@hotmail.com

Fundación Universitaria Sanitas, Colombia

Laura Valentina Arana Clavijo
ivaranac@unisanitas.edu.co

Fundación Universitaria Sanitas, Colombia

Mauricio Polanco Valenzuela
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6225-5020>
mpolanco@unisanitas.edu.co

Fundación Universitaria Sanitas, Colombia

Recibido: 10 septiembre 2020

Revisado: 22 diciembre 2020

Aceptado: 02 marzo 2021

Resumen

El padecimiento de enfermedades crónicas impacta la calidad de vida, el bienestar y el funcionamiento de los adultos mayores. De allí la necesidad de potencializar las cualidades y recursos psicológicos que incidan de forma positiva en su calidad de vida. En ese sentido, el objetivo de la investigación fue describir los niveles de resiliencia, optimismo, esperanza y sentido de vida en el adulto mayor con o sin enfermedad crónica. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, por encuesta. Participaron 200 personas, 100 que presentaban una enfermedad crónica y 100 que no la presentaban, seleccionadas mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles, residentes en Bogotá (Colombia). Se utilizaron instrumentos para medir resiliencia (Cuestionario Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10)), optimismo (Escala de Optimismo Disposicional (DIOP)), esperanza (Escala de esperanza para adultos AHS (Adult hope scale)) y propósito vital (Test de Propósito Vital (PIL)). Los resultados indican que los adultos mayores con enfermedad crónica muestran niveles menores de resiliencia, optimismo, esperanza y propósito de vida, en comparación con los adultos mayores sin enfermedades crónicas. Lo anterior, nos permite entender que la condición de enfermedad afecta los recursos

psicológicos de la persona, entendidos en esta investigación como resiliencia, optimismo, esperanza y propósito de vida, que a su vez funcionan como factores protectores de la salud mental en los procesos de enfermedad, en los cuales se visualiza la oportunidad de fortalecer o reforzar mediante el establecimiento de programas de intervención.

Palabras clave: resiliencia, optimismo, esperanza, sentido de vida, emociones, bienestar, calidad de vida.

Abstract

Having a chronic disease impacts the quality of life, well-being, and functioning of older adults. Hence the need to potentiate the psychological qualities and resources that positively impact their quality of life. In this sense, the objective of this research was to describe the levels of resilience, optimism, hope, and sense of life in older adults with or without chronic diseases. The study design is descriptive, correlational, cross-sectional, with the use of surveys. A total of 200 people participated, 100 with a chronic disease and 100 without, selected through non-random sampling of available subjects residing in Bogota (Colombia). Instruments were used to assess resilience (Connor-Davidson Resilience Scale Questionnaire [CD-RISC 10]), optimism (Dispositional Optimism Scale [DIOP]), hope (Adult Hope Scale [AHS]), and vital purpose (Vital Purpose Test [PIL]). The results indicate that older adults with chronic diseases have lower levels of resilience, optimism, hope, and life purpose, compared to older adults without chronic diseases. This allows us to understand that having a disease impacts the psychological resources of a person, understood in this research as resilience, optimism, hope, and life purpose, which in turn function as protective factors of mental health. There is an opportunity to strengthen or reinforce these factors through the creation of intervention programs.

Keywords: resilience, optimism, hope, sense of life, emotions, well-being, quality of life.

Introducción

Los términos de vejez, envejecimiento y adulto mayor se han empleado indistintamente, así intenten señalar algo similar. Aunque vejez se ha definido erróneamente como un periodo de deterioro que afecta el desarrollo psicosocial y emocional (Zetina Lozano, 1999), en realidad hace referencia a la etapa final del proceso de vida, diferente para hombres y mujeres, y el cual varía con las influencias sociales y culturales de la época. El *envejecimiento* se asocia al proceso diferenciado entre edad biológica, psicológica, social, funcional y cronológica, aclarando que esta última no es indicador de la funcionalidad y autonomía de la persona (González Bernal y de la Fuente Anuncibay, 2014). El concepto de *adulto mayor*, de acuerdo con la Ley 1251 de 2008, hace referencia a una persona con sesenta (60) años o más, con ciertas características biopsicosociales condicionadas por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales que se producen por el paso del tiempo en el individuo. En la actualidad el número de adultos mayores se ha incrementado, fenómeno de alcance mundial. En Colombia, la población de adultos mayores corresponde a 5'965.158 (DANE, 2018), lo que conlleva implicaciones en la persona, la familia y la sociedad, puesto que en esta etapa se incrementa el riesgo de padecer enfermedades físicas y cognitivas y aumenta el costo económico y social que impide atender de manera oportuna los requerimientos reales de esta población (Fajardo Ramos, Córdoba Andrade y Enciso Luna, 2016). Por esto, para favorecer el envejecimiento saludable, es necesario mantener y cuidar la salud mediante el ejercicio físico, una dieta adecuada, buenos hábitos nutricionales y el mantenimiento de la actividad psicológica, a través de tareas cotidianas y de programas de entrenamiento cognitivo, lo que disminuye el riesgo de

enfermedad y favorece al adulto mayor y a su entorno social (González Bernal y de la Fuente Anuncibay, 2014).

Por otra parte, la *Enfermedad Crónica (EC)* es aquella sobre la cual se desconoce cura y su tratamiento está centrado en el cuidado paliativo. Este cuidado es caracterizado por el uso de fármacos que permiten tener un estado funcional ante los problemas y que al adulto mayor le dificultan el desarrollo pleno de su autonomía o lo hacen dependiente (Durán, Valderrama, Uribe, González, y Molina, 2010). Una enfermedad crónica no se reduce a cambios a nivel orgánico o funcionales, también se afectan áreas de funcionamiento de la persona, se incrementa el estado de discapacidad, se tiende a percibir la experiencia de vida como años productivos perdidos e implica en la mayoría de las veces, el fallecimiento y el desgaste o el deterioro económico de las familias (OMS, 2005).

Con respecto a lo anterior, es importante hacer hincapié en los *factores de riesgo* que dan origen o predisponen el sistema para el desarrollo y evolución de la enfermedad, a saber, malos hábitos alimenticios, dietas incontroladas, baja actividad física, consumo de tabaco o alcohol excesivo (Sánchez, Otero, Villamizar y León, 2010), factores que indican anomalía y son señales de alerta. De igual forma, existen factores protectores que de acuerdo con Garmezy y Rutter (1983, citado por Amar, Abello y Acosta, 2003), son condiciones, cualidades o situaciones que permiten cambiar o revertir efectos negativos como estresores ambientales, disminuyendo la probabilidad de entrar en riesgo. Dentro de estos se hallan la seguridad, filiación, afectividad, valores, moralidad, el rol que se ejerce dentro del contexto en que se desenvuelve y la funcionalidad vital física y emocional. Estos, al ser elementos que, si bien hacen parte de los recursos personales del adulto mayor, se alimentan

del ambiente externo (Amar, et ál., 2003), promueven estrategias mediante las cuales se puede afrontar la enfermedad y los cambios generados, así como la manera en que repercute en la salud psicológica.

Por otro lado, las *emociones* han sido ampliamente abordadas por la psicología. Se han conceptualizado dos dimensiones, a saber, las emociones positivas, donde predomina el placer y el bienestar individual, ayudan a otorgar sentido y significado positivo a las circunstancias cambiantes y adversas e implican el reconocimiento de estas como estrategia terapéutica valiosa para el adulto mayor; y las emociones negativas, a las que se integran la ansiedad, la tristeza o el enfado (Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014). Las emociones no solamente cumplen una función adaptativa asociada a la supervivencia, sino también a nivel social para favorecer la comunicación. La aparición de enfermedades crónicas impacta en la calidad de vida, el bienestar y el funcionamiento del adulto mayor e identifica la necesidad de potencializar cualidades o recursos psicológicos que incidan de forma positiva en la calidad de vida del adulto mayor en diferentes esferas de su vida y en la evaluación que realiza sobre sus metas y objetivos (González y Padilla, 2006). González y Padilla (2006) reconocen estos recursos psicológicos como: resiliencia, optimismo, esperanza y sentido de vida.

En el adulto mayor, centrar la atención en estímulos positivos favorece la adaptación y produce resultados psicológicos efectivos ante situaciones adversas. De allí surge la *resiliencia*, como un factor de protección ante las dificultades que se presentan en la vida del individuo (Cruz, 2015). Actualmente, la psicología de la salud enfoca su atención en este constructo, estudia su influencia sobre el bienestar de la persona y resalta que es una variable protectora de la salud física y mental

durante el envejecimiento, en momentos en que la enfermedad empieza a presentarse (Quiceno y Vinaccia, 2011). La base de formación de la capacidad de resiliencia es multidimensional y en este proceso el adulto mayor tiene la capacidad para adaptarse a los riesgos biológicos, psicológicos y sociales a los que se enfrenta. Por ejemplo, ante factores estresantes, como la pérdida de seres queridos, jubilación, separaciones, accidentes, enfermedad, discapacidad, problemas económicos, abandono y discriminación social (Mendoza, Vivaldo y Martínez, 2017). En la actualidad se identifican cuatro características en los adultos mayores que muestran buenos niveles de resiliencia: 1) emociones positivas, como optimismo y sentido del humor; 2) capacidad de afrontamiento, que integra estrategias de solución de problemáticas y control emocional; 3) flexibilidad cognitiva, como interpretación positiva de eventos adversos en oportunidades y, 4) límites morales, como el sentido prosocial y pertenecer a un grupo, comunidad o red de apoyo (Quiceno y Vinaccia, 2011).

Se ha denominado *optimismo* a la experiencia de impulso vital que permanece en presencia de situaciones adversas. En la aparición de enfermedades crónicas en el adulto mayor, el optimismo depende del esfuerzo realizado frente a modificaciones cognitivas, es decir, frente a la percepción sobre la situación a enfrentar. Estudios recientes con el adulto mayor con enfermedades crónicas, se evidencia que aquellas personas más optimistas presentan mayor adherencia al tratamiento, debido a la motivación y al compromiso con el mejoramiento de su salud (Avia Aranda, 2009). Los niveles de bienestar están influenciados por el optimismo, como mediador de aspectos positivos frente a una situación adversa como puede ser la enfermedad crónica. En este sentido, el optimismo es la variable principal que influye en tener más experiencias y emociones

positivas a lo largo de la vida (Vera, Pávez y Silva, 2012). Se ha encontrado que optimismo se correlaciona con el sentido del humor, puesto que quienes tienen mayores capacidades o habilidades para el humor, perciben con mayor optimismo la vida (Ramseyer, 2013). Emociones positivas como alegría, esperanza y optimismo promueven la cohesión social, brindan bienestar psicológico y una visión objetiva sobre las situaciones y eventos de la vida, generando en el adulto mayor sentimientos plenos y de satisfacción (Ramseyer, 2013).

La *esperanza* es un sentimiento que experimenta alguien cuando se encuentra en situación desfavorable o se percibe vulnerable, reportando experimentar alivio y percibir una salida, la cual puede llevarla a mejorar sus condiciones de vida o a superar un obstáculo. Tal como sucede en la adultez mayor, por medio de esta es posible obtener una reducción en la generación y somatización de sentimientos negativos que lo desfavorecen, al dejarlo sin posibilidades de mejora o percepción positiva de su vida. La esperanza está ligada a las creencias religiosas que las personas profesan, en la mayoría de los casos (Arroyo y Soto, 2013). Otras investigaciones indican que el apoyo social percibido entre el adulto mayor y sus cónyuges se correlaciona positivamente con su propio nivel de esperanza y negativamente con el nivel de esperanza del otro (Goldzweig, Baider, Andritsch y Rottenberg, 2016).

El *sentido de vida* se asocia al cumplimiento de objetivos personales propuestos. En el adulto mayor, el hecho de valorar aquellos aspectos que fueron parte de su realización y el crecimiento personal durante su vida, cobra relevancia en la forma como percibe su realidad actual. De ahí la importancia de no limitarse sólo a la evocación de metas cumplidas sino también a tener un propósito de vida, que le facilite la valoración

positiva de los sucesos diarios. Cuando tienen una enfermedad crónica, es pertinente que se restablezcan metas a corto plazo como estrategia motivadora para el desarrollo vital, de la funcionalidad dentro del sistema de relaciones interpersonales y de la forma de asumir la responsabilidad de su enfermedad (Stecconi, 2016). Tener un sentido de vida fortalece en el adulto mayor la ejecución de actividades, tener bienestar y sentir que dispone del control sobre sus decisiones y su vida (Segura y Negrini, 2004). Para Viktor Frankl (1994), el sentido de vida proporciona al ser humano la sensación de autorealización, es la fuerza motivacional que ayuda a tener una perspectiva más optimista de las vivencias y brinda una representación con significado positivo a la propia vida. Cuando un plan se desvía del curso pensado, se afecta la libertad, la responsabilidad, la autodeterminación, el cumplimiento y realización de metas, la visión positiva de vida y la construcción de la visión de futuro (Frankl 1994, citado por García, Pérez y Delgado, 2008).

Método

Esta investigación correspondió a un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional; al realizar una descripción detallada de las variables a medir y especificando sus propiedades, componentes y características, y correlacional; en donde a partir de la previa descripción se miden las diversas variables entre sí para identificar de qué forma están relacionadas y determinar la correlación entre ellas. Además, fue de corte transversal por encuesta en tanto se realizó en un momento específico con una población definida (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Muestra

La muestra del estudio estuvo compuesta por 200 personas, 99 hombres y 101 mujeres, de 60 a 92 años de la ciudad de Bogotá (Colombia), seleccionados mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles (bola de nieve), que presentaran o no una condición de enfermedad crónica diagnosticada y que obtuvieran un puntaje superior a 23 puntos en el Mini Mental State Examination (MMSE).

Instrumentos

Mini Mental State Examination (MMSE): test desarrollado por Folstein et ál. (1975), con escalas cognitivas-conductuales, La sensibilidad y especificidad del instrumento original fueron del 92.3 y 53.7 %. Consta de 19 ítems que evalúan, orientación temporal y espacial, la capacidad de fijación, la atención y el cálculo, la memoria, la nominación, la repetición y la comprensión de lectura, escritura y dibujo. Rosselli et ál. (2000) realizaron la adaptación del instrumento para su utilización en el medio colombiano, dentro de sus conclusiones consideran que el test es adecuado como un instrumento fácil y de corta aplicación.

Cuestionario Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10): desarrollado originalmente por Campbell-Stills y Stein (2007), es una escala que consta de 10 ítems en formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Para este estudio se utilizó la versión adaptada al español por Notario et ál. (2014). La escala se puede aplicar a personas en un rango de edad entre 18- 80 años. Fue validada con muestras de población general y pacientes psiquiátricos, en el estudio presento un adecuado índice de fiabilidad tanto en el alfa de Cronbach (0.89), como en análisis de test-retest (0.87).

Escala de Optimismo Disposicional (DIOP): creada por Joiner (1997, citado por Oliden, 2013) con versión española de Chorot (1998, citado por Oliden, 2013), fue diseñada para medir optimismo disposicional en mayores de 18 años. Esta constituida por 12 ítems con respuesta tipo Likert con cuatro (4) posibilidades de respuesta. A mayor puntuación alcanzada se pueden inferir niveles más altos de optimismo disposicional percibido.

Escala de esperanza para adultos AHS (Adult hope scale): basada en el modelo cognitivo de esperanza de Snyder et ál. (1991), que la define como “un estado motivacional positivo que se basa en un sentido derivado de forma interactiva de (a) agencia, energía dirigida por objetivos) y (b) vías (planificación para cumplir con las metas)” (p. 287). Contiene 12 ítems con respuesta tipo Likert, 8 de los ítems corresponden a la evaluación de las dos dimensiones propuestas por el autor (agencia y medios) y 4 funcionan como distractores. El coeficiente alfa de Cronbach para la escala total fue calculado en varias muestras, cuyos resultados oscilaron entre 0.74 y 0.84.

Test de Propósito Vital (PIL): desarrollado por Crumbaugh y Maholick en 1964. Su objetivo es evaluar el “sentido de vida” o su contraparte “vacío existencial”, con una estructura cuantitativa y cualitativa. Creada con interés clínico, al evaluar la percepción afectiva y cognitiva de valores. Cuenta con 20 ítems tipo Likert, que evalúan 3 factores que permiten la definición del sentido de vida (sentido desde la capacidad de establecer metas, sentido desde el componente afectivo de la vida y sentido desde la sensación de logro). Se ha confirmado su validez a través de diferencias significativas entre poblaciones clínicas y no clínicas, la prueba presenta coeficientes alfa que oscilan entre 0.86 hasta 0.97 (Martínez, Trujillo y Trujillo, 2012).

Procedimiento

Inicialmente se establecieron características asociadas a las variables de estudio y a la condición de adulto mayor con y sin enfermedad crónica. A continuación se incorporaron otros elementos asociados que aportaran al objetivo, como: presencia de enfermedad crónica, tipo de enfermedad crónica si aplicaba, edad, régimen de salud, estrato socioeconómico, localidad, sexo y número de personas con las que vivía. Para la información sobre características sociodemográficas se realizó una entrevista semiestructurada, luego se aplicó el test de carácter cognitivo (MMSE) y finalmente los cuatro instrumentos. El procesamiento de la información, análisis descriptivo y correlación entre variables se hizo con el programa SPSS (versión 24). En cuanto a los aspectos éticos, se consideró la normatividad vigente, el cumplimiento de las leyes que rigen la investigación con humanos y el reglamento para ejercer la profesión de psicología. Prevaleció el criterio de respeto a la dignidad, así como la protección de los derechos y de bienestar. Se protegió la privacidad de los individuos, al no incluir su nombre en los cuestionarios, solamente para el diligenciamiento del consentimiento informado, el cual no guardó ninguna relación con los resultados.

Análisis de datos

El procesamiento de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS (versión 24), por su capacidad de gestionar grandes volúmenes de datos. Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central y de variabilidad (rango, desviación estándar). Para la correlación de variables de las dos muestras, personas con y sin enfermedad crónica, se identificó la distribución normal mediante la prueba de

Kolmogórov-Smirnov, teniendo en cuenta que la muestra fue mayor a 50 datos y para evaluar el ajuste a la distribución de normalidad de los datos para el uso o no de pruebas paramétricas o no paramétricas.

Resultados

De acuerdo con los objetivos, se analizó la información a partir de los puntajes obtenidos en los instrumentos que miden nivel de resiliencia, optimismo, sentido de vida y esperanza, contrastados con las variables “enfermedad crónica” y “sin enfermedad crónica”. Luego se cruzó la información obtenida con las características sociodemográficas: tipo de enfermedad, sexo, régimen de salud, estrato socioeconómico, localidad y número de personas con las que convive.

Características sociodemográficas

El promedio de edad de los participantes fue de 72.7 años, con un rango de 60 a 93, de los cuales las mujeres correspondieron al 50.5 %, y los hombres el 49.5 %. Del total de la muestra, el 75 % perteneció al régimen contributivo y el 25 % al régimen subsidiado de salud, vinculados todos a diversas entidades prestadoras de salud. Prevalcieron en el estudio los estratos socioeconómicos 2 y 3 con el 92 % de los participantes. Para el tipo de enfermedad crónica, se presentaron las siguientes: cáncer, hipertensión A, diabetes, enfermedad cardíaca, osteoporosis, artritis, enfermedad pulmonar, tiroides, Alzheimer, Parkinson e insuficiencia renal.

Variables estudiadas

Niveles de resiliencia en el adulto mayor con o sin enfermedad crónica. En la tabla 1 se identifica que los adultos mayores con

presencia de enfermedad crónica tienen una puntuación baja, siendo menor a 27, mientras que los adultos mayores que no tenían presencia de enfermedad crónica obtuvieron un puntaje medio dentro de la calificación estimada de la prueba.

Tabla 1.

Presencia o no de enfermedad crónica frente al puntaje del cuestionario CD-RISC 10

	Presencia o no de enfermedad crónica	
	NO	SÍ
Promedio	28	26
N total	100	100
% del N de tabla	50 %	50 %

Fuente: elaboración propia.

Así mismo, los participantes con Alzheimer obtuvieron mayores puntajes, seguidos de personas con Parkinson. El 50 % correspondió a adultos mayores sin enfermedad crónica, obtuvo un puntaje de 28, lo que indicó los niveles de normalidad en la capacidad de resiliencia. En el grupo adulto mayor con enfermedad crónica, se observó que el 98 % correspondiente a estratos 2, 3 y 4 se encontraron con puntuaciones bajas frente a la capacidad de resiliencia, a diferencia de la población de adultos mayores sin enfermedad crónica se encontró un 43 % con puntajes bajos en resiliencia del estrato 3. En cuanto al sexo, no se identificaron puntuaciones altas en resiliencia para los dos grupos. Sin embargo, observaron mayores niveles de resiliencia (53 %) en la mujer adulto mayor sin enfermedad crónica. También se encontró que los hombres presentaron más bajos niveles de resiliencia, en mayor porcentaje los de enfermedad crónica.

Niveles de optimismo en el adulto mayor con o sin enfermedad crónica. De acuerdo con la tabla 2, se pueden ver niveles mayores de optimismo disposicional en la población que no presenta ningún tipo de enfermedad crónica (25 %), siendo esta una puntuación global mayor al promedio obtenido en la población con presencia de enfermedad crónica.

Tabla 2.
Presencia o no de enfermedad crónica frente a puntaje en Escala (DIOP)

	Presencia o no de enfermedad crónica	
	NO	SÍ
Puntuación global sobre optimismo	Promedio 25	22
	Moda 23	24
	N total 100	100
	% del N de tabla 50 %	50 %

Fuente: elaboración propia.

Así mismo, se identificó que el mayor puntaje en la escala de optimismo pertenecía a la población con Parkinson, seguido de las personas con Alzheimer y enfermedad cardíaca. La población con menores puntajes fue la población con enfermedad pulmonar, con un puntaje de 19. Con relación al estrato socioeconómico, el adulto mayor sin enfermedad crónica presentó mayores puntajes de optimismo, siendo estos puntajes más altos en estratos 2 y 5, mientras que la población con enfermedad crónica presentó puntajes bajos, especialmente en los estratos 3, 4 y 5. En cuanto al sexo, no se evidenciaron grandes diferencias entre hombres y mujeres con y sin enfermedad crónica, lo cual permitió que el sexo no influían en los niveles de optimismo, pero podría verse influido por la condición de enfermedad, siendo mayor en las mujeres. Respecto al optimismo y al número de personas con las que vive, no se evidenció un patrón relacionado.

Niveles de esperanza percibida en el adulto mayor con o sin enfermedad crónica. Se apreció que el adulto mayor sin enfermedad crónica poseía mayores niveles de esperanza en relación con el que si la padecía. Aunque no suponía una diferencia significativa, se puede inferir que existía un estado emocional positivo mayor en quienes no padecen enfermedad crónica (tabla 3).

Tabla 3.
Presencia o no de enfermedad crónica frente a puntaje en la Escala de Esperanza

	Presencia o no de enfermedad crónica	
	NO	SÍ
Puntaje total	Promedio 51	48
	N total 50	100
	% del N de tabla 50 %	50 %

Fuente: elaboración propia.

Según el tipo de enfermedad, se observó que el adulto mayor con puntuación alta padecía de tiroides, seguido de los que presentaron enfermedad pulmonar. Por otra parte, los adultos mayores con enfermedad cardíaca obtuvieron la puntuación más baja, 35 en la escala de esperanza para adultos AHS, seguidos con Alzheimer. Igualmente se observó mayor esperanza en el adulto mayor sin enfermedad crónica, de estratos 2 y 3 equivalente al 94 % de la población, obteniendo entre 2-4 puntos más que el adulto mayor con enfermedad crónica. Los más bajos se encontraron en el estrato 4, en los adultos mayores con enfermedad crónica, con una puntuación de 43. Si bien para el estrato 1 el puntaje es menor, este solo correspondió al 1 % de la población total. También se evidenció que los adultos mayores sin enfermedad crónica tenían más nivel de esperanza en comparación con enfermedad crónica, sin importar la cantidad de personas con quien vive.

Niveles de sentido de vida en el adulto mayor con o sin enfermedad crónica. Para el sentido de vida, se identificaron puntuaciones promedio en el adulto mayor con enfermedad crónica (90-105) y los adultos mayores sin enfermedad crónica presentaron una puntuación alta de acuerdo con sus resultados (tabla 4).

Tabla 4.
Presencia o no de enfermedad crónica frente a puntaje en el Test de Propósito Vital (PIL)

	Presencia o no de enfermedad crónica	
	NO	SÍ
Puntaje total	Promedio 110	102
	N total 110	95
	% del N de tabla 50 %	50 %

Fuente: elaboración propia.

También se observó que el adulto mayor con enfermedad de Parkinson presentó puntajes mayores en el test, mientras que aquellos que padecían de enfermedad renal obtuvieron un puntaje de 57, considerado como bajo. Con esto, se evidencian las diferencias en el sentido de vida de acuerdo con el tipo de enfermedad del adulto mayor. Según el estrato socioeconómico, la población sin enfermedad crónica tenía mayores puntajes en el test, a diferencia de los adultos mayores que si la presentaban. Así mismo, para la población con enfermedad crónica, los adultos mayores que vivían en estrato 1 presentaron puntajes bajos a diferencia de los demás, con puntajes más altos. Para la característica de número de personas con las que se convive, los adultos mayores sin enfermedad crónica presentaron niveles mayores de propósito vital que el que si poseía alguna, independientemente de su número.

Discusión

La calidad de vida en el adulto mayor se ve influenciada por múltiples cambios a nivel físico, psicológico y social, que comprenden desde la percepción que tiene la persona sobre sí misma hasta su interacción con el medio. Esto se ha reportado en varias investigaciones (Amar, et ál., 2003; Espinosa, 2015; Montalvo, Cabrera y Quiñones, 2012) al igual que en el presente estudio, la condición de enfermedad fue un factor que afectó los recursos psicológicos de la persona, tales como la resiliencia, el optimismo, la esperanza y el propósito de vida, que a su vez funcionan como protectores de la salud mental (González y Padilla, 2006).

Al determinar los niveles de resiliencia en el adulto mayor de la ciudad de Bogotá, con y sin presencia de enfermedad crónica, resalta la comparación con las características sociodemográficas. Según las

condiciones socioeconómicas, se identificaron bajos niveles de resiliencia en ambos grupos poblacionales de estrato 3 (medio-bajo), sugiriendo estas condiciones un posible factor de riesgo de resiliencia bajo determinadas características del contexto. Según Contreras (1998), la pobreza entendida como una condición socioeconómica, es explicada por características como el bajo nivel educativo, salud deficiente, discapacidad, marginalidad laboral e inequidad de oportunidades, por lo que los resultados obtenidos no son directamente proporcionales con estas características, ya que en estratos 1 y 2 no se encontraron puntajes bajos a nivel de resiliencia, ni en estratos altos mayores niveles de resiliencia. Así mismo, los resultados indican que en más del 50 % de la población de adultos mayores con presencia de enfermedad crónica, según la localidad o lugar de residencia, se identifican niveles bajos de resiliencia, caracterizados por dificultad para recuperarse de situaciones complejas y de adaptación ante un proceso de cambio, a diferencia de la población que no presenta una condición de enfermedad. Estos resultados son similares a los reportados en la literatura, al considerarse el proceso de enfermedad como un factor estresante, que generalmente desencadena emociones negativas, así como el proceso en sí de la vejez que sugiere diversos cambios, influye directamente sobre la capacidad de resiliencia de la persona (Mendoza, et ál., 2017). Se encontraron también mayores niveles de resiliencia en las mujeres adultas mayores en comparación con los hombres adulto mayor, tengan o no enfermedad crónica, al igual que resultados de otras investigaciones que relacionan resiliencia y sexo, en los cuales se encontró que las mujeres puntúan significativamente más que los hombres, atribuyendo a la mujer una mayor sensibilidad emocional y una mayor tendencia al cuidado (González, López y Valdez, 2013), apoyo social y familiar, fortaleza y confianza en sí

mismas (Camacho, Reyes, Martínez, Morales y Hernández, 2015). Por otra parte, se identificó un patrón en el grupo de adulto mayor con enfermedad crónica en donde a mayor número de personas, el puntaje en el nivel de resiliencia tendía a aumentar. Estos resultados permiten considerar el apoyo social mediado por el número de personas con las que se convive como un factor protector de la salud mental, debido a la generación de vínculos relacionales que contribuyen a la adaptación de la enfermedad y al desarrollo de características propias de la resiliencia. Además, es coherente con el bienestar social o con aquellas condiciones necesarias para la supervivencia, la necesidad de relacionarse con otros y de formar identidad social (Blanco y Díaz, 2005), lo que favorece el estado de bienestar en una condición de enfermedad en el adulto mayor.

Con respecto al nivel de optimismo en el adulto mayor, se pudo observar que en la población sin enfermedad crónica, los puntajes de optimismo fueron más altos en estratos como el 5, mientras que con enfermedad crónica, los menores puntajes están en los estratos 4 y 5. Dichos resultados se relacionan con la influencia del entorno socioeconómico, la búsqueda de aceptación social, las percepciones del contexto y las interacciones con el entorno como influencia en el optimismo disposicional (Trujillo, Tovar y Lozano, 2006). Además, cuando la población con y sin enfermedad crónica tiene mayores puntajes en optimismo, indica que bajo ciertas condiciones se promueven más emociones positivas, como la satisfacción y la felicidad (Vera, et ál., 2012). Los resultados indican que el número de personas con quien se convive no es un factor determinante para puntajes altos de optimismo, pero sí, que todas las personas con enfermedad crónica al vivir con al menos una persona, se resalta la importancia de contar con entornos sociofamiliares respetuosos, cálidos,

de aceptación y de acompañamiento. Al contrario, si se generan dinámicas conflictivas, esto puede influir de manera negativa en el optimismo (Trujillo, et ál., 2006). De acuerdo con otros estudios, la presencia de cuidadores representa un apoyo social en la vida del adulto mayor y favorece sentimientos de fe, amor, cuidado y positividad del futuro (Goldzweig, et ál., 2016), lo que concuerda con los resultados obtenidos.

En cuanto a la esperanza y las características sociodemográficas, se puede afirmar por los resultados que, a nivel general la presencia de una enfermedad crónica en el adulto mayor incide en esta como recurso psicológico, entendiendo que la esperanza funciona como estrategia de afrontamiento activo que le permite a la persona reorientar sus condiciones de vida en torno a una situación desfavorable o sobre la cual no se tiene dominio (Arroyo y Soto, 2013). Adicionalmente, la esperanza está relacionada con la calidad de las condiciones de vida, incluidas aquellas de orden social, las cuales son facilitadoras de la superación de situaciones o acontecimientos percibidos como un obstáculo (Arroyo y Soto, 2013). Dicho planteamiento es acorde con lo obtenido en la presente investigación: la presencia de enfermedad crónica en estrato medio-bajo obtuvo menores niveles de esperanza. Es decir, aparte del padecimiento de algún tipo de enfermedad, las condiciones socioambientales bajo las cuales se desarrolle el adulto mayor y que posean factores protectores, posibilitan tener estados motivacionales positivos ante estresores contextuales (Garmezy y Rutter, 1983; citado por Amar, et ál., 2003). En relación con el régimen de salud, se evidencia que ante la ausencia de enfermedad crónica, los niveles de esperanza que posee el adulto mayor se ven favorecidos y que el bajo nivel de esperanza se puede corresponder con el tipo de cronicidad y el requerimiento de una intervención de larga duración, que incluye el desconocimiento de su cura y en algunos

casos tratamiento (Durán, et ál., 2010). Esto se relaciona como un posible factor determinante en el nivel de recursos psicológicos que posea el adulto y sobre lo cual es apropiado orientar un proceso de atención en salud integrado, que favorezca ese estado psicológico ante la vivencia de dichas situaciones y su afrontamiento. Adicionalmente, para la característica sociodemográfica sexo, pese a que los resultados no muestran diferencias representativas, se evidencia que los hombres poseen mayores niveles de esperanza, perciben diferentes formas de solucionar un problema, sienten mayor preocupación en su salud y las actividades que realizan giran en torno al mantenimiento de esta (Arroyo y Soto, 2013).

Por otro lado, al determinar los niveles de sentido de vida en el adulto mayor, se halló que las personas con enfermedad crónica presentan niveles más bajos, especialmente las que tiene enfermedad renal, a diferencia de aquellas que no presentan ninguna enfermedad. Al tener una enfermedad crónica los planes se desvían del curso y se ven afectados en aspectos como la libertad, la responsabilidad, la autodeterminación, el cumplimiento y realización de metas, contrario a quienes no la padecen, lo que permite aumentar los niveles de sentido de vida (Frankl, 1994 citado por García, et ál., 2008). Por último, los adultos mayores con enfermedad crónica y que pertenecían al estrato 1 presentan bajos niveles en el sentido de vida, a diferencia de aquellos de estratos más altos con puntuaciones más altas. En ese sentido, es pertinente resaltar la importancia de contar con un ambiente contextual positivo, que brinde una mayor motivación, oriente en el establecimiento de metas y hagan sentirlo funcional (Stecconi, 2016). De igual forma, el estatus socioeconómico alto trae consigo niveles de sentido de vida más significativos, debido a que el tener dificultades económicas sumadas a la enfermedad crónica, se

genera en el adulto mayor desesperanza, frustración, baja emocionalidad, percepción de los acontecimientos negativos y dudas en el propósito de vida (García, et ál., 2008).

Conclusiones

Los resultados de la investigación son insumos para el establecimiento de programas de intervención, enfocados en la promoción de las variables estudiadas: resiliencia, optimismo, esperanza y propósito de vida, en la población adulto mayor con enfermedad crónica, sea profundizando en alguna de ellas o enfatizando en determinada enfermedad crónica. Así mismo, para incentivar programas de prevención en trastornos mentales asociados a la presencia de enfermedad crónica, mediante la detección temprana de factores de riesgo psicosociales. Aunque los temas abordados se pueden trabajar desde diferentes campos de la psicología, en espacial desde la psicología de la salud, es fundamental para generar diversas estrategias y procesos de evaluación e intervención al adulto mayor, dado que por su dinámica se pueden afectar en los aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales.

A partir de los resultados y su análisis, se requiere profundizar en estudios psicológicos en salud de tipo cuantitativo o cualitativo con estas poblaciones, con el fin de fortalecer los recursos psicológicos y las capacidades en los diferentes tipos de enfermedades crónicas, así como en otros contextos en donde se desenvuelve el adulto mayor, tales como: hogares geriátricos, hospitales y hogares de paso, entre otros. Para esto es importante contar con instrumentos de recolección de datos como los empleados en la investigación, previamente validados para la población con la que se pretenda trabajar. Finalmente, se considera importante ahondar específicamente en el tema de la

espiritualidad, teniendo en cuenta que es una esfera fundamental de la persona y que se relaciona directamente con las variables de optimismo, sentido de vida y propósito vital para el adulto mayor, así como por el efecto favorable que tiene sobre las creencias positivas y como estrategia de afrontamiento sobre la condición de salud y su tratamiento.

Referencias

- Amar, J., Abello, L.R. y Acosta, C. (2003). *Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud*. Universidad del Norte.
- Arroyo, M. y Soto, L. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*. 26(2), 337-347. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41333
- Avia Aranda, M. (2009). *Nueva mirada al Optimismo inteligente*.
- Barragán Estrada, A. y Morales Martínez, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 19(1), 103-118.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El Bienestar Social: Su Concepto y Medición. *Psicothema*. 17(4), 582-589.
- Camacho, D., Reyes, V., Martínez, P., Morales y F.J., Hernández, V. (2015). Tipos y puntajes de resiliencia en hombres y mujeres en el norte de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*.
- Campbell-Stills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028.
- Chorot, P. (1998). Escala de Optimismo Disposicional de Joiner (DIOP). *Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*.
- Congreso de la república de Colombia (2008). Ley 1251 del 2008. Congreso de la república. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm
- Contreras, V. (1998). *Sembrando esperanzas. La superación de la pobreza mediante el desarrollo de la inteligencia en la infancia y la juventud*. San José: Unicef. Recuperado de <https://ruie.ucr.ac.cr/catalogo/Record/IIS-CIDCACS-CD-16108/Details>
- Crumbaugh, J. y Maholick, L. (1969). *Manual of instructions for the purpose in life test*. Saratoga: Viktor Frankl Institute.
- Cruz, M. R. (2015). *Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas*. [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1074>
- DANE. (2018). Reloj de la población. *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*. <http://www.dane.gov.co/reloj/>
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A. y Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed51-1.ecam>
- Espinosa, A. (2015). Factores de riesgo en las enfermedades crónicas: algunos comentarios. *Rev. Finlay (Revista de Enfermedades no Trasmisibles)*, 5(1), 72-75.
- Fajardo Ramos, E. y Córdoba Andrade, L. y Enciso Luna, J. (2016). Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de schalock y verdugo. *Comunidad y Salud*, 14(2), 33-41.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975) "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*. 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- García, J., Pérez, J. y Delgado E. (2008). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- Goldzweig, G., Baider, L., Andritsch, E. y Rottenberg, Y. (2016). Hope and social support in elderly patients with cancer and their partners: an actor-partner interdependence model. *Future Oncology*, 12(24), 2801-2809.
- González Bernal, J. y de la Fuente Anuncibay, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121-130.
- González, A. L. y Padilla, A. (2006). Quality of life and coping strategies in older adults with problems and diseases in Mexico city. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-510.
- González, N.I., López, A. y Valdez, J.L. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, .(1), 941-955.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.
- Martínez, E., Trujillo, A. M. y Trujillo, C. A. (2012). Validación del Test de Propósito Vital (pil test - purpose in life test) para Colombia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(1), 85-93.
- Mendoza, V. M., Vivaldo, M. y Martínez, M. L. (2017). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1), 110-119.
- Ministerio de Salud. (2013). Ley 1616 de 2013: Ley de Salud Mental. *Congreso de Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Montalvo, A., Cabrera, B. y Quiñones, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*, 12(2), 134-143.
- Notario, B., Martínez, V., Trillo, E., Perez, M., Serrano, D. y García, J. (2014) Validity and reliability of the Spanish version of the 10-item CD-RISC in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Ufe Outcomes*, 12(14), 1-9.
- Oliden, S. (2013). Propiedades psicométricas del Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R) en un grupo de universitarios de lima metropolitana. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5082/OLIDEN_BALAREZO_SARITA_PROPIEDADES_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Organización mundial de la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/>
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82.
- Ramseyer, A. (2013). "La risa y el buen humor en la vejez". [Tesis de pregrado, Universidad abierta Interamericana]. Archivo digital. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/tc112376.pdf>
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O. y Camacho, M. (2000). The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: A Colombian population

- study. *GENECO. Revista de Neurología*, 30, 428-432.
- Sánchez, C., Otero, J., Villamizar, L. y León, M. (2010). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander. *Rev. Del Observatorio de Salud Pública de Santander*. http://web.observatorio.co/publicaciones/prevalencia_de_factores_de_riesgo.pdf
- Segura, F. y Negrini, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 4.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., ... Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 60, 570-585.
- Stecconi, S. (2016). Sentido de Vida en la Tercera Edad: Experiencia en los talleres de UPAMI en la Universidad de las Flores. *European Scientific Journal*, 12(10), 53-68.
- Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. (2006). El anciano conformista ¿un optimista con experiencia? *Universitas Psychologica*, 6(2), 263-268.
- Vera, P., Pávez, P. y Silva, J. (2012). El Rol Predisponente del Optimismo: Hacia un Modelo Etiológico del Bienestar. *Terapia Psicológica*, 30(2), 77-84.
- Zetina Lozano, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23-41.

Notas

- * Artículo de investigación.