



Universidad Femenina del Sagrado Corazón  
Facultad de Psicología y Humanidades  
Escuela Profesional de Psicología

RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES  
ALBERGADOS EN UN CENTRO DE LIMA METROPOLITANA

Tesis presentada por:  
ALESSANDRA CAROLINA SPARROW RIOS

Para obtener el Título Profesional de:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Línea de investigación:  
Diagnóstico psicológico

Asesor  
Dr. Mario Santiago Bulnes Bedón

**CODIGO ORCID: 0000 – 0001 – 7121 – 970X**

Lima – Perú  
2022

Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

ALESSANDRA CAROLINA SPARROW RÍOS

Mario Santiago Bulnes Bedón

---

Asesor: Nombre(s) y Apellidos

Lisle Sobrino Chunga

---

Presidente del Jurado: Nombre(s) y Apellidos

Rosemary Guerrero Carranza

---

Miembro del Jurado 1: Nombre(s) y Apellidos

Mario Santiago Bulnes Bedón

---

Miembro del Jurado 2: Nombre(s) y Apellidos

---

Dr. Lisle Sobrino Chunga  
Decano  
Facultad de Psicología y Humanidades

## Declaratoria de Originalidad del Asesor

Yo: <u>Mario Santiago Bulnes Bedon</u>					
docente de la <u>Facultad de Psicología y Humanidades</u> y de la Escuela Profesional de <u>Psicología</u> , de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, asesor (a) de la tesis titulada: <u>Resiliencia y apoyo social percibido en adultos mayores albergados en un centro de lima metropolitana</u>					
presentado por: <u>Alessandra Carolina Sparrow Ríos</u> declaro que la investigación tiene un <b>índice de similitud de ...9..... %</b> , verificado en el software Turnitin:					
<p>RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN UN CENTRO DE LIMA METROPOLITANA</p> <hr/> <p>INFORME DE ORIGINALIDAD</p> <hr/> <table><tr><td style="text-align: center;"><b>9%</b> INDICE DE SIMILITUD</td><td style="text-align: center;"><b>10%</b> FUENTES DE INTERNET</td><td style="text-align: center;"><b>3%</b> PUBLICACIONES</td><td style="text-align: center;"><b>4%</b> TRABAJOS DEL ESTUDIANTE</td></tr></table> <hr/>		<b>9%</b> INDICE DE SIMILITUD	<b>10%</b> FUENTES DE INTERNET	<b>3%</b> PUBLICACIONES	<b>4%</b> TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
<b>9%</b> INDICE DE SIMILITUD	<b>10%</b> FUENTES DE INTERNET	<b>3%</b> PUBLICACIONES	<b>4%</b> TRABAJOS DEL ESTUDIANTE		
He revisado el informe de similitud y expreso que el porcentaje señalado está constituido por elementos irrelevantes, cumpliendo así con las normas establecidas por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón.					
Lugar y fecha: 12/09/2022					
<b>Nombres y apellidos del asesor:</b> Mario Santiago Bulnes Bedon					
<b>ORCID:</b> 0000 – 0001 – 7121 – 970X					



## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana que atiende a personas en situación de calle. El diseño fue cuantitativo correlacional. La muestra estuvo conformada por 36 varones cuyas edades oscilaban entre 60 a 89 años de edad, el método de muestreo fue no probabilístico e intencional. Para los fines correspondientes, se utilizaron dos instrumentos psicométricos: la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptado por Novella (2022) y el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido de Sherbourne y Stewart (1991) adaptado por Baca (2016). Los hallazgos mostraron que existe una correlación positiva baja y estadísticamente no significativa, entre la Resiliencia y Apoyo Social Percibido; se muestra que la perseverancia es un área representativa en la muestra estudiada. Por otro lado, se muestra que no existe diferencia significativa entre la resiliencia según nivel educativo, pero sí en cuanto al apoyo social percibido. en referencia al apoyo instrumental e informacional.

**Palabras clave:** Resiliencia, apoyo social percibido, adulto mayor, situación de calle.

## ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between resilience and perceived social support in a group of older adults housed in a care center in Metropolitan Lima that cares for homeless people. The design was quantitative correlational. The sample consisted of 36 men whose ages ranged from 60 to 89 years old, the sampling method was non-probabilistic and intentional. For the corresponding purposes, two psychometric instruments were used: the Resilience Scale of Wagnild and Young (1993) adapted by Novella (2022) and the Mos Questionnaire of Perceived Social Support of Sherbourne and Stewart (1991) adapted by Baca (2016). The findings showed that there is a low and non-significant positive correlation between Resilience and Perceived Social Support; it is shown that perseverance is a representative area in the studied sample. On the other hand, it is shown that there is no significant difference between resilience according to educational level, but there is in terms of perceived social support in relation to instrumental and informational support.

**Keywords:** Resilience, perceived social support, elderly, homelessness

## RECONOCIMIENTOS

A Dios, quien guía mis pasos de vida y me conduce a cumplir sus propósitos enfocados en el servicio al otro según mis habilidades.

A todas las personas en situación de calle quienes padecen grandes necesidades a diario siendo invisibilizados por la sociedad, decirles que su valor humano nunca les será arrebatado y son merecedores de una nueva oportunidad.

A mis padres, Luis y Goldy, con su esfuerzo permitieron que pueda llegar a este momento; siguen confiando en mí y brindándome su apoyo incondicional cada día.

A mi asesor de tesis, el Dr. Bulnes quien continuamente me orientó y motivó a continuar con esta investigación, mostrando su vocación de servicio y pasión por la investigación.



# ÍNDICE

	Página
RESUMEN .....	5
RECONOCIMIENTOS .....	6
ÍNDICE.....	7
LISTA DE TABLAS .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES .....	12
1.1. Marco teórico conceptual.....	12
1.1.1. Conceptualización del envejecimiento.....	12
1.1.1.1. La vulnerabilidad en el adulto mayor .....	20
1.1.1.2. La institucionalización en el adulto mayor .....	26
1.1.2. Las personas en situación de calle.....	30
1.1.2.1. Conceptualización de la situación de calle .....	30
1.1.2.2. Clasificación de la situación de calle .....	32
1.1.2.3. La situación de calle en el Perú.....	34
1.1.2.4. Características psicológicas asociadas a la situación de calle .....	38
1.1.3. Resiliencia .....	40
1.1.3.1. Origen y definición de resiliencia .....	40
1.1.3.2. Perspectiva histórica de la resiliencia.....	43
1.1.3.3. Características de la resiliencia .....	46
1.1.3.4. Componentes de la resiliencia .....	48
1.1.3.5. La resiliencia en el adulto mayor .....	49
1.1.3.6. La resiliencia y situación de calle .....	51
1.1.4. El apoyo social .....	53
1.1.4.1. Definición del apoyo social .....	53
1.1.4.2. Perspectivas del apoyo social .....	54
1.1.4.3. El apoyo social en el adulto mayor .....	56
1.1.4.4. Apoyo social percibido y la institucionalización del adulto mayor en situación de calle.....	57
1.2. Antecedentes.....	60
1.2.1. Investigación Internacional .....	60
1.2.2. Investigación Nacional.....	63

1.3. Planteamiento del problema .....	66
1.4. Objetivos.....	73
1.4.1. Objetivo general .....	73
1.4.2. Objetivo específico .....	73
1.5. Hipótesis.....	74
1.5.1. Hipótesis general.....	74
1.5.2. Hipótesis específica.....	74
1.6. Definiciones operacionales de términos importantes.....	75
1.7. Importancia y delimitaciones de la investigación .....	76
1.7.1. Importancia.....	76
1.7.2. Limitaciones .....	77
CAPÍTULO II: MÉTODO .....	78
2.1 Tipo y diseño de la investigación .....	78
2.2. Participantes .....	80
2.2.1. Población .....	80
2.2.2. Muestra .....	81
2.3. Materiales.....	81
2.3.1. Escala de Resiliencia .....	82
2.3.1. Escala de Apoyo social percibido.....	84
2.3. Procedimiento .....	87
CAPÍTULO III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	88
3.1 Características de la población .....	88
3.2. Estadísticas descriptivas de las variables .....	89
3.3. Inferencia estadística .....	91
3.3.1. Análisis de normalidad .....	91
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN .....	100
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	109
REFERENCIAS.....	111
APÉNDICE.....	117



## LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1 Frecuencias de los participantes, según edad.....	87
2 Frecuencias de los participantes, según nivel educativo.....	88
3 Resultados descriptivos de la variable Apoyo Social.....	88
4 Resultados descriptivos de variable Resiliencia.....	89
5 Resultado de la prueba de normalidad de las variables Apoyo social percibido y Resiliencia.....	90
6 Correlación entre Resiliencia y Apoyo social percibido .....	91
7 Correlación entre Resiliencia y Apoyo informacional .....	92
8 Correlación entre Resiliencia y Apoyo afectivo .....	92
9 Correlación entre Resiliencia y Apoyo instrumental .....	93
10 Comparación de los factores de la resiliencia entre el Grupo 1 y el Grupo 2 .....	94
11 Comparación de los factores de la resiliencia entre el Grupo 1 y el Grupo 3.....	95
12 Comparación de los factores de la resiliencia entre el Grupo 2 y el Grupo 3.....	96
13 Comparación de los factores del apoyo social percibido entre el Grupo 1 y el Grupo 2 .....	97
14 Comparación de los factores del apoyo social percibido entre el Grupo 1 y el Grupo 3.....	97
15 Comparación de los factores del apoyo social percibido entre el Grupo 2 y el Grupo 3. ....	98

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se manifiesta a partir del reconocimiento del aumento demográfico de la población adulta mayor (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, 2021), el estado de vulnerabilidad al que están expuestos en consideración al incremento del índice de pobreza y desvinculación social que promueven una problemática social: la situación de calle (Fuentes-Reyes y Flores, 2016). Ante las problemáticas suscitadas en esta condición, se considera pertinente estudiar a la resiliencia, capacidad para salir transformado ante las adversidades (Uriarte, 2013) y al apoyo social como una forma de brindar ayuda y seguridad ante la escasez de vínculos (Barra, 2004). Ello proporcionado a través de una de las alternativas más prometedoras considerada para este grupo como lo es la institucionalización (Alves, 2013). Es relevante señalar que el estudio de cómo interactúan estas variables en dicha población, se concibe como pionero en el contexto nacional. Si bien es cierto el fin absoluto pretendido es hallar la relación entre el apoyo social percibido y la resiliencia; los resultados serán pertinentes para mayores estudios o formulación de programas sociales en base a las necesidades encontradas. Parte de la motivación de este argumento se fundamenta en lo esbozado por Cyrulnik “No hay herida que no sea recuperable ... el ser humano es capaz de tejer, desde los primeros días de su vida, su resiliencia... es el hecho de arrancar placer, a pesar de todo, de volverse incluso hermoso”.

En el primer capítulo se exponen los antecedentes de la investigación, los cuales son el marco teórico, las investigaciones previas del tema en el contexto internacional y nacional. Se detalla también el planteamiento del problema, así

como los objetivos e hipótesis del estudio. También las definiciones de términos considerados de suma relevancia. Finalmente, la importancia y limitaciones encontradas al realizar la investigación.

El segundo capítulo, detalla lo correspondiente al método utilizado en el que refieren al tipo y diseño que fue empleado. Se refiere a los participantes, junto a la descripción de la población y los criterios de inclusión y exclusión. Asimismo, se exponen a los instrumentos utilizados los cuales fueron escogidos considerando factores como el número de ítems debido a la fatiga de los adultos mayores y la facilidad para comprender los mismos. Finalmente, el procedimiento seguido para cumplir con cada uno de los objetivos y que éste fuera lo más ecuánime posible.

En el tercer capítulo, se muestran los resultados obtenidos en la investigación, donde en primera instancia se describen características de la población como la edad y grado de instrucción. Se muestran también los resultados descriptivos obtenidos de las variables apoyo social y resiliencia; se establece el análisis de normalidad para hallar el tipo de estadística a utilizar para el análisis correlacional. Finalmente se exponen los resultados de la contrastación de hipótesis.

En el cuarto capítulo, se expone la discusión de resultados, en la cual se analiza a profundidad los hallazgos obtenidos realizando una comparativa con investigaciones que también estudiaron a población con características similares.

Finalmente, el quinto capítulo muestra las conclusiones y recomendaciones que se consideran pertinentes a partir de los hallazgos.

## **CAPÍTULO I: ANTECEDENTES**

En este capítulo se establecen las bases teóricas que permiten sustentar a esta investigación referentes al envejecimiento, situación de calle, resiliencia y apoyo social. Se mencionan también los antecedentes de índole nacional e internacional que señalan los estudios previos del tema. Así como el planteamiento del problema junto a su importancia y limitaciones. Finalmente, se establece lo concerniente a los objetivos e hipótesis del estudio.

### **1.1. Marco teórico conceptual**

#### **1.1.1. Conceptualización del envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso por el que toda persona atraviesa, el cual debe ser visto desde una perspectiva multidisciplinar. Aunado a esto, el ser considerado como un “adulto mayor” es una etapa a la que casi toda persona espera llegar, es vista como la cumbre de la vida, así como la sumatoria de numerosos años de aprendizaje. Si bien es cierto, la mirada de la sociedad general ante dicha etapa ha variado según la época, hoy en día se tiende a un mayor interés frente a la investigación de esta población, para ello es imperativo tener un marco de referencia frente a lo que abarca este término.

Existen diferentes términos asociados a este periodo que muchas veces son considerados similares como: la vejez, ancianidad, adultez mayor, entre otros. Será importante diferenciar en primer lugar, que el envejecimiento es un proceso innato, presente en todas las etapas de la vida desde la concepción; mientras que la vejez se considera un subconjunto de la etapa final de la vida, en el que algunas

dificultades de índole biológico, psicológico y social se hacen más evidentes al verse como una acumulación de todo lo experimentado en etapas previas (Alvarado y Salazar, 2014).

Parra (2017) argumenta que la palabra vejez proviene del latín *veclus* o *vetulusm*, lo que se traduce como “persona de mucha edad”. Ello quiere decir que esta etapa ha sido determinada desde sus inicios por la edad cronológica alcanzada, la que en su mayoría denota una disminución biológica y física de las capacidades funcionales.

Por medio de un estudio de revisión bibliográfica realizado por Alvarado y Salazar (2014) se destacan definiciones de diferentes diccionarios en donde refieren al envejecimiento de la siguiente forma: La Real Academia Española lo señala como una acción y efecto de envejecer, lo relaciona con la antigüedad y permanencia en el tiempo sea de un objeto o persona. Mientras que el Diccionario de Oxford lo define como la suma de los cambios físicos que surgen como respuesta a una época y que por consiguiente generan deterioros en “la capacidad de adaptación” del cuerpo y “la capacidad de respuesta” frente a afecciones. Por otro lado, se menciona que la Enciclopedia Británica lo relaciona con un “cambio gradual e intrínseco” que daría lugar a una condición de inseguridad física y consecuente fallecimiento, este cambio dependería del ciclo vital. Ante lo expuesto se puede resaltar que dichas definiciones comparten la postura de que es un proceso inherente en el tiempo, que con su transcurrir, expone al ser vivo ante un estado de vulnerabilidad fisiológica. Sin embargo, será importante en esta investigación considerar una visión más global y no reducida solo a un aspecto biológico, para

poder conceptualizar a esta etapa. Por ello, se considera oportuno señalar otras dimensiones y perspectivas del envejecimiento.

Como establece el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), el envejecimiento puede ser conceptualizado a través de diferentes enfoques, siendo:

- Cronológico: según este criterio, la vejez sería concebida desde la edad impuesta por los países. Por ejemplo, en la legislación peruana, se le denomina como un “adulto mayor” a toda persona que tiene de 60 a más años de edad.
- Fisiológico: se le relaciona con la disminución de las facultades funcionales, la pérdida de la fortaleza ósea y muscular.
- Social: referido a las construcciones sociales, es decir una percepción subjetiva realizada en base a lo que la sociedad considera que este grupo etario, debería hacer según sus capacidades físicas, rutinas o preferencias.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud, muestra en la actualidad una definición completa del envejecimiento al considerar todos los 3 componentes anteriormente mencionados, la cual se cita a continuación:

El resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. (Organización Mundial de la Salud, 2021, párr. 4)

Cuando la OMS (2021) se refiere a un cambio no lineal, muestra que no se considera una etapa estática o dicho de otra forma, con las mismas manifestaciones para cada persona, puesto que su vivencia dependerá en gran parte de factores ambientales como la presencia de redes de apoyo, la situación económica, fallecimiento de pares, etc. Es de hecho, una de las etapas más heterogéneas del ser humano debido a la acumulación de experiencias diferentes a lo largo de los años.

Será oportuno también resaltar la definición planteada por Besdine (2019) en el Manual MSD al considerar el envejecimiento como: “un proceso gradual y continuo de cambio natural que se inicia en la edad adulta temprana. Durante la edad mediana temprana muchas funciones del cuerpo comienzan a disminuir gradualmente” (párr.1). Bajo dicha noción se establecen dos puntos importantes, se refuerza el considerar una evolución o un curso constante; por otro lado, delimita que su inicio se da a partir de la adultez, mas no desde la concepción.

El envejecimiento también puede ser percibido desde dos variantes: como pérdida y ganancia. En el primero se le considera que abarcarían el cambio en las relaciones, la menor socialización, la jubilación, el duelo de personas contemporáneas, disminución de la salud y afección en la memoria, así como el enfrentarse a un nuevo mundo donde comanda la tecnología. Lo mencionado anteriormente conlleva en la mayoría de casos a generar frustración, desvalorización y depresión. Desde el lado de la ganancia: existe mayor tiempo libre, menor estrés debido a la ausencia de lo laboral e incrementa el tiempo para establecer relaciones sociales. Anaut (citada por Cyrulnik y Ploton 2014)

Otra de las formas de concebir el envejecimiento es nombrada por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables a través del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (2013-2017) en la cual se señala existen dos dimensiones de cuales se puede partir para conceptualizarlo:

- El envejecimiento que experimenta la población: se relaciona a los aspectos demográficos y epidemiológicos. Es decir, el crecimiento poblacional y enfermedades que los afectarían respectivamente.
- El envejecimiento que viven las personas: se considera su análisis a partir de 3 enfoques: El biologicista, referido a la teoría del envejecimiento programado, en el que las personas envejecen basadas en un patrón definido del ser humano en el que no se podría intervenir y en la teoría del desgaste natural en la que la vejez es el resultado del agotamiento continuo, por lo cual su prevención o intervención es factible. El segundo enfoque es el psicológico en el que se señalan dos teorías: la teoría de la desvinculación relacionada al distanciamiento progresivo del adulto mayor frente a las instituciones sociales y sus respectivos roles; la teoría del envejecimiento satisfactorio referida a la posibilidad de continuar con la participación social en relación a cuánto podría aún conservar sus capacidades y motivaciones para ser productivo. Finalmente, el enfoque social concibe desde la teoría funcionalista a el deterioro social y supresión de los roles; desde la teoría de la economía política de la vejez manifiesta que la satisfacción de dicha etapa dependerá de la jerarquía laboral alcanzada previa a la jubilación. Mientras que la teoría de la dependencia estructurada se basa en el sistema social que mediante



sus lineamientos y oportunidades podría apoyar o limitar a la persona, dejando así de lado el individualismo.

De lo mencionado anteriormente, podemos concluir que el envejecimiento deberá ser estudiado desde un enfoque individual y otro grupal. En base al envejecimiento individual o “el que viven las personas” mencionado anteriormente, Fernández-Ballesteros (citado por Parra, 2017) comparte dicha perspectiva al referirse a la vejez como un estado en la vida de cada persona que debería ser considerado desde una perspectiva multidisciplinar, es decir desde cómo se desenvolvería en lo bio-psico-social.

Se distingue que desde el punto de vista psico-social, se utiliza el término “Síndrome general de la vejez” (Flórez, 2002, p. 167) cuando la persona experimenta un déficit en su memoria, menor capacidad de análisis, limitaciones en la movilidad, estado sedentario y autopercepción física negativa que conlleva a un estado de inquietud y preocupación. Aunado a esto, Butler (1975, citado por Flórez, 2002) afirma que el adulto mayor deberá enfrentar situaciones de estrés y tensión frecuentes como la jubilación, menor participación social, escasa funcionalidad, disminución económica y duelo afectivo; lo cual provocará afectaciones en las esferas cognitivas y afectivas. Ante ello, las manifestaciones de protesta, tristeza y desesperanzas también serán esperables según continúa afirmando el autor.

En relación a la perspectiva puramente psicológica, se pueden destacar los aportes de Cyrulnik (2015), quien alude que la vejez es “el proceso de adaptación lógico [que] consiste en renunciar y optimizar” (p.9). La persona debe aceptar los cambios biológicos y dejar atrás actividades que realizó durante la mayor parte de

su vida. Desde el punto de vista del autor, se produce una construcción de la representación de sí mismo y se otorga un propósito a los desafíos, así como a los traumas acontecidos en su historia personal. Así también, se resaltan los aportes del famoso psicólogo Erik Erikson, quien cuando mencionó las crisis en los ciclos vitales, nombró a la última como “Integridad versus desespero” en la cual se caracterizaría por una suma de experiencias saludables o patológicas acumuladas a lo largo de aproximadamente 50 años. El término integridad hace referencia a: la aceptación de la historia personal, su desarrollo psicosexual y psicosocial, la integración de la confianza, autonomía, la vivencia del amor universal, la convicción de una contribución a la humanidad y la confianza en sí y sus futuras generaciones. Asimismo, afirmaba que cuando existe ausencia en alguna surge un sentimiento de desesperación o también llamado por algunos autores contemporáneos como el cansancio de la vida; lo que puede ser graficado a través de las condiciones de su vivienda, sentimientos de soledad, miedo a morir, ausencia del apoyo familiar, muerte del conyugue, entre otras. En esta etapa también surge el propio miedo a la muerte. (Erikson, 1963 citado por Flórez, 2002)

Al revisar las diferentes conceptualizaciones otorgadas al envejecimiento, se da a notar que en su mayoría estas tienden a tomar concepciones negativas, disfuncionales o patológicas de esta etapa. Sin embargo, hace aproximadamente 60 años, vienen surgiendo términos que permiten complementar y mejorar la perspectiva hacia esta etapa, como lo son “el envejecimiento exitoso” o “el envejecimiento productivo”, ambos concebidos aún como reduccionistas. No es hasta los años noventa que, se produce una visión positiva y multifactorial de la

vejez; ello debido a que la Organización Mundial de la Salud, introduce en un primer momento el término “envejecimiento saludable”, para posteriormente formalizar en una publicación del 2002 el término de vigencia actual “envejecimiento activo”, el cual fija sus propósitos en la salud integral, la independencia y actividad para mejorar la calidad de vida del adulto mayor (Parra, 2017). Se le define a continuación: “El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.” (OMS, 2002, p.79)

Los pilares que la OMS (2016, citado por Ramos, Yordi y Miranda, 2016) refiere del envejecimiento activo serían:

- Participación: referido a la conservación del vínculo social que generen un impacto a nivel psico emocional a través de sentimiento de integración y pertenencia. Las oportunidades en grupos políticos, culturales, laborales deberán ser congruentes con las características personal del adulto mayor; alineados a los derechos humanos. Responsabilidad de velar por ello, será el estado.
- Salud: orientado a dos áreas importantes: “la prevención de la enfermedad y a la promoción de hábitos saludables, con el objetivo de retardar la dependencia” (Ramos, Yordi y Miranda, 2016, p.332). Como bien se sabe, la esperanza de vida cada vez es más alta, ello está explicado gracias a las ciencias contemporáneas, educación y beneficios públicos.
- Seguridad: referente al cuidado o baja exposición a los riesgos, de índole económica y al sentirse seguro interactuar en el entorno.

En definitiva, es que los gobiernos y sociedad en general fomenten el envejecimiento activo generara números beneficios. Como por ejemplo, la reducción de la mortalidad temprana, disminución de enfermedades crónicas y condición de dependencia, satisfacción ante la calidad de vida, aumento de la participación socio cultural y económica y finalmente, reducción en tratamiento médico al tener un enfoque preventivo-promocional (OMS, 2002).

#### **1.1.1.1. La vulnerabilidad en el adulto mayor**

Cuando se piensa en la vulnerabilidad en relación a grupos etarios, se tiende a fijar la mirada en la primera etapa de la vida, como la primera infancia y en la última, como la vejez. Al ser periodos en el que el ser humano mantiene dificultades para valerse por sí mismo y hacer prevalecer su seguridad, será importante clarificar esta idea preconcebida en la sociedad a través de la revisión específica del término y una aproximación a su situación en la población de interés para el presente estudio.

La vulnerabilidad sería conceptualizada según Osorio (2017) como la “condición de desventaja en que se encuentra un sujeto, comunidad o sistema ante una amenaza y a la falta de recursos necesarios para superar el daño causado por una contingencia” (p.3). Esta dependerá de las capacidades y mecanismos de una persona para afrontar la adversidad tal como declara la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011). Lo cual es reforzado por Cardona et. al. (2021) al relacionar la vulnerabilidad con la capacidad para “advertir, resistir y recuperarse de un riesgo próximo” (p.25).

Con el fin de distinguir entre el termino vulnerable y la vulnerabilidad; Kottow (2001, citado por Osorio, 2017) menciona “se es vulnerable ante la posibilidad de ser afectado por una acción que vulnera, una vez producida la vulneración, el afectado deja de ser vulnerable y se convierte en vulnerado o dañado” (p. 11). Se hace referencia a que usualmente se utiliza el término vulnerable en la mayoría de sistemas para hablar de personas que sufren de inseguridad, peligros y que se encuentran en un estado de indefensión; cuando en realidad el término adecuado debería ser “vulnerado”. Ello se basa en que la vulnerabilidad más allá de un estado permanente, es vista como un proceso que como bien se mencionó sería multicausal o multideterminado.

Es importante que se tengan en cuenta dos condiciones que deberán presentarse para catalogar a alguien como vulnerable: el riesgo y la amenaza, siendo la primera las consecuencias inmediatas que se presentan luego de un evento que afecta a la persona sumergiéndola así en la vulnerabilidad. Mientras que la amenaza, es la posibilidad de que se presente una adversidad natural o provocada. Por otro lado, habrá que señalar que no existe una causa específica de la vulnerabilidad, pero sí se puede establecer que se vincula principalmente a contextos de pobreza, lo que a su vez trae discriminación y desventajas; sin embargo, también habrá que considerar variables individuales ligadas al sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, etnia y características físicas o mentales. Entre los factores que se consideran agravantes estarán el contexto social, cultural y como bien se mencionó la variable económica (Osorio, 2017).

Existen tres perspectivas en la que las ciencias sociales dividen el análisis del concepto de vulnerabilidad:

- Inherente a la condición humana: vista como una condición sine qua non en las personas.
- Vulnerabilidad situacional: relacionada a cómo los contextos sociales podrían determinar la exposición ante riesgos previstos.
- Vulnerabilidad condicionada: relacionada a grupos específicos la asunción de su condición de vulnerabilidad debido a sus características.

Por otro lado, Osorio (2017) también menciona que la vulnerabilidad puede ser estudiada desde dos unidades de análisis: la vulnerabilidad personal y la colectiva, esta última hace referencia a todo lo que posibilita la disminución en la calidad de vida de una comunidad. Cabe resaltar que la vulnerabilidad social será aquello que incluya a ambas, siendo ésta concebida como la que muestra cómo grupos sociales determinados se ven más expuestos y afectados ante las dificultades.

El autor refiere que todas las personas están expuestas a caer en la vulnerabilidad debido a que difícilmente se pueden cubrir todos los recursos que requiere una persona, los cuales son: Recursos de orden material como el dinero, bienes, patrimonio; social como las redes de apoyo solidario; y simbólico como el conocimiento, creencias, deseos, valores (Osorio, 2017). Es relevante señalar esta perspectiva multicausal, debido a que nos permite aproximarnos a delimitar mejor quienes se considerarían vulnerables para no ser subjetivos.

En la actualidad, se reconoce un concepto más específico y orientado a las problemáticas sociales, éste es “la vulnerabilidad social”, la cual es definida por Eroles (1998, citado en Castro y Silva, 2015) como:

Situación objetiva o subjetiva, de origen material, emocional o psicosocial, que lleva al sujeto a experimentar una condición de indefensión, dada la fragilización de los ‘soportes’ personales y/o comunitarios... se relaciona con la violación o el desconocimiento de derechos humanos específicos (p.5).

Autores como Sanchez-González y Egea-Jiménez (2011) reconocen que la vulnerabilidad social suele ser equivalente conceptualmente a la vulnerabilidad demográfica y sociodemográfica. Dicho concepto da cuenta que las personas experimentan una serie de hechos que terminan agravando sus condiciones. Como manifiesta Cardona et. al. (2021) se deben considerar a las características de la población, sus riesgos sociales y su capacidad de afrontar las amenazas que los albergan. Para ahondar más en la perspectiva socio-ambiental, Sanchez-González y Egea-Jiménez, (2011) hacen mención al aspecto urbano, específicamente en las ciudades donde la vulnerabilidad se presenta ante el crecimiento de la población y los bienes, el tráfico, hacinamiento, déficit económico, delincuencia, ausencia de vivienda digna, delincuencia, inseguridad, contaminación, dificultad para acceder a servicios sociales y asistenciales. Ello grafica el panorama de nuestra presente capital, cuyos datos se mencionarán en el siguiente acápite. Cabe resaltar que la vulnerabilidad social tiende a ser una constante en países de América Latina, donde la exposición ante riesgos tiende a aumentar en cada periodo crítico (Sanchez-González y Egea-Jiménez, 2011). Si bien es cierto, las medidas económicas procuran hacerle frente a este hecho, los resultados no benefician a gran parte de la población.

Hay que reconocer que la vulnerabilidad tiende a afectar a algunos grupos con mayor énfasis, se ha comprobado que los adultos mayores suelen tener mayor desventaja social al enfrentar los retos de su cotidianidad. Según Sánchez González (citado por Sanchez-González y Egea-Jiménez, 2011) la vulnerabilidad en el adulto mayor está explicada por fenómenos sociodemográficos, relaciones socioespaciales y temporales. Es decir que parte de sus condiciones surgen por los intercambios que establecen con contextos específicos. Entre las dificultades de la vejez, es representativo mencionar a los problemas económicos debido al bajo o nulo ingreso monetario; lo que puede llevar a situaciones precarias.

Según Cardona et. al. (2021) los grupos de mayor riesgo en la vejez serían quienes tienen como factor común a la pobreza, dependencia física o mental y aislamiento social. A pesar de lo anteriormente mencionado, Sanchez-González y Egea-Jiménez (2011) consideran habrá que cuidar de no estereotipar a todo el conjunto de la población, sino más bien identificar a quienes calzarían como vulnerables con el fin de orientar las acciones frente a la reducción de factores que los afectan. Así también, Osorio (2017) declara que la generalización al considerar que todo adulto mayor sería vulnerable es inadecuada puesto que sus condiciones serán los determinantes para su clasificación; entre ellos cabe resaltar a las medidas políticas que influirían en la posibilidad de acceso a servicios como salud, educación, trabajo, seguridad alimentaria y social.

Con el fin de determinar los factores que propician a la vulnerabilidad social en la vejez, Cardona et. al. (2021) manifiestan que existen dos variables como lo



son, la frecuencia e intensidad que deberán interrelacionarse con los procesos que se citan a continuación (p. 27)

- Biológicos: pérdida de salud, discapacidad y dependencia.
- Sociales: jubilación, disminución de ingresos, viudez, pérdida de redes familiares y sociales, soledad y abandono.

Por otro lado, teniendo en cuenta la investigación de Flórez (2002) sobre la vulnerabilidad psicológica del adulto mayor, se resalta que un entorno socio ambiental negativo afecta significativamente a la persona, provocando en un primer momento estrés y dando como resultado una actitud hostil, menor desenvolviendo social, ansiedad, depresión, sentimientos de desesperanza y agresividad. En tal sentido Paykel (1979, citado por Flórez, 2002) menciona que la vulnerabilidad será mayor si no existe el soporte de alguna esposa, amigos, grupos sociales y si su estructura de personalidad tiende a la histeria, obsesión, depresión, entre otros.

A manera de conclusión se puede tomar en cuenta la ecuación propuesta por Moser (1998, citado por Sanchez-González y Egea-Jiménez, 2011) en la que refiere que la vulnerabilidad sería la sumatoria de la exposición ante riesgos, la dificultad para afrontarlos y la falta de la habilidad para una adaptación. Cabe resaltar que al reconocer a la vulnerabilidad como un proceso que busca el “potencial” de la persona y el recobro de su equilibrio, mas no como una permanencia; se hace imperativo considerar el estudio de la resiliencia para ratificar los cambios temporales. Lo que a la par requerirá de actores sociales y el apoyo percibido para su correcta reducción de riesgos.

### **1.1.1.2. La institucionalización en el adulto mayor**

La vejez es considerada como “un triunfo de las políticas de salud” en tanto que ha permitido que los ciudadanos lleguen a esta etapa, la cual años atrás se le consideraba poco accesible; por ello la esperanza de vida actual cada vez es más amplia. Sin embargo, es también un reto por el deterioro de las funciones anteriormente mencionadas que conlleva, gran parte de los adultos mayores requiere de atención y cuidado para que puedan tener una vida de calidad (Moquillaza-Risco, León, Dongo, Munayco, 2015). Razón por la cual, ante la ausencia de redes de apoyo o la satisfacción de sus necesidades se hace imperativo pensar en la institucionalización.

En relación a esto, se establece que con el objetivo de proteger y salvaguardar a esta población, se dieron las construcciones de los primeros “asilos” al finalizar el siglo XIX como respuesta ante la pobreza y con la concepción de un modelo asistencialista (Huenchuan, 2004 citado por Danel, 2008).

La institucionalización en el adulto mayor para Alves (2013) es un proceso “complejo y multideterminado” (p.17) debido a que la persona se enfrenta a diferentes dificultades de índole emocional con el fin de adaptarse a su nuevo hogar, el cual posee ya un ritmo y estructura definidos. Asimismo, los adultos mayores institucionalizados serían definidos para la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM, 2016) como las “personas que viven (o están depositadas) en las residencias para adultos mayores o centros geriátricos de gestión pública y privados, sujetos a control del Estado, municipal o

provincial”. Por otro lado, Salvarezza (1998; citado por Alves, 2013) concibe que la institucionalización es “envejecer puertas adentro, lejos de la mirada de los otros” (p.18). Se comparten dichas ideas, debido a que cuando el adulto mayor es institucionalizado, es poco frecuente que cuente con redes de apoyo que lo visiten o perpetúen su contacto social; por lo que éste tiende al aislamiento.

Cuando la persona se incorpora ante este nuevo espacio el cual ya está normado por rutinas y modos de convivir, se produce un fenómeno que los autores Sepúlveda, Rivas, Bustos & Illesca (2010; citado por Alves, 2013) han denominado “estrés por reubicación”. El cual se concibe como una forma de adaptarse y adquirir nuevos hábitos. En el mismo contexto, Flores (2002) refiere que el fenómeno ocurrido cuando un adulto mayor es llevado a residir hacia una institución desconocida se le denomina “desarraigo social”, que provoca un alejamiento de su identidad y una merma en su integridad, autoestima e incluso metas de vida. Ello debido a que la persona está obligada a despojarse de su espacio habitual y del grupo de pertenencia anterior.

En definitiva, el adulto mayor muestra necesidades que merecen ser cubiertas por personal externo y en ocasiones especializado; por ende, la institucionalización se muestra como una respuesta ante una baja red social de apoyo. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones estatales de países subdesarrollados se muestran falencias y malestares en la población. Según la FIAPAM (2016) las instituciones “hacen lo que pueden” (párr.9), en tanto a que sucede con regularidad que los medios económicos o incluso la calidad de servicio que brinda el personal contratado no son suficientes. En la misma línea, Danel

(2008) afirma a través de una investigación realizada en una institución de la ciudad de Argentina, que los adultos mayores suelen percibir una violencia cotidiana en tanto que pierden su capacidad de decisión y se sumergen en un sentimiento lo que el autor Golpe llamaría “síndrome de invisibilidad” referido al olvido o abandono de sus redes anteriores, a su vez esto genera un profundo sentimiento de culpa. El malestar del adulto mayor se agrava cuando éste ha sido internado sin su autorización o consentimiento, reforzando la idea de su incapacidad para decidir.

La intervención de los familiares es vista desde un lado protector y desde el abandono, siendo en el primero el enfoque de no pueden hacerse cargo de cuidar al adulto mayor como requiere debido a muchas veces las patologías que padecen y como abandono cuando estos se desentienden y no los visitan en ningún momento. El personal que atiende, es decir enfermeras, asistentes de enfermería o llamados aquí como técnicos en enfermería, cumplen con el objetivo principal del control de signos vitales y entrega de medicamentos; así como el velar un “clima de sometimiento general”, referido a la vigilancia continua. Danel (2008). Se señala con especial énfasis que una de las problemáticas más comunes dentro de la institucionalización se relaciona con la convivencia de los albergados y su forma de establecer vínculos sociales. Esto se complementa con lo que Basso (1991; citado por Alves, 2013) comenta acerca de los “microcosmos”, referido a que los residentes tienden a segregar sus vínculos con quienes poseen un estado de salud óptimo y aislar a quienes no.

Las instituciones tienden a realizar diferentes acciones con el objetivo de promover la funcionalidad y autonomía del adulto mayor. Se considera de suma

importancia el que se otorguen espacios para promover su adaptación a este nuevo medio donde se otorgue como bien lo dice Rubinstein & Durante (2003; citado por Alves 2013) el soporte, apoyo, identidad, inserción social y pertenencia con el fin de promover la socialización vista como un área significativamente afectada.

Será importante considerar algunas pautas para una institucionalización adecuada, se toman los aportes de FIAMAPAN (2016) para referir que toda institución que atienda a un adulto mayor deberá contar con un equipo interdisciplinario suficiente para cubrir las demandas de los residentes; así como cumplir con las normativas de los organismos internacionales referentes a la protección de los derechos humanos y promoción de la inclusión social, igualdad y no discriminación. Se consideran también las ideas de Danel (2008), que recomienda una convivencia centrada en la humanidad, enfocado en brindar calidad de vida al presente, promoviendo la calidad de vínculos nuevos que podrían establecer y otorgando sentido a sus actividades. Como fruto de lo anteriormente mencionado, se puede mencionar a una investigación realizada por Soria y Rodríguez (2002), evaluaron las características psicológicas de 100 adultos mayores de un hogar asistencial de ancianos en Cuba, quienes refirieron alto grado de satisfacción frente a su hogar basada en la labor del personal de salud; concluyeron que “un trabajo estable, continuado y organizado, propicia al anciano una vía para su mejor adaptación a la vida institucional” (p.5)

## **1.1.2. Las personas en situación de calle**

### **1.1.2.1. Conceptualización de la situación de calle**

También denominado en algunos contextos como “indigentes”, “pacientes sociales”, “mendigos”, “vagabundos”, entre otros. Según la propuesta nacional para la erradicación de la situación de calle, la Fundación Gente de Calle señala que en el Artículo 3, N° 9 del Decreto N° 29 del Ministerio de Desarrollo Social de Chile (2014) las personas en situación de calle son:

“Personas y/o familias, que carecen de residencia fija y que pernoctan en lugares, públicos o privados, que no tienen las características básicas de una vivienda aunque cumplan esa función (no incluye campamentos) (...) aquellas personas que de conformidad con una reconocida trayectoria de situación de calle, según determine el ejecutor del programa eje, reciben alojamiento temporal o por periodos significativos, provisto por instituciones que les brindan apoyo bio-psico-social” (p.6)

Las características que comparten los adultos mayores en situación de calle son: prevalecen en los trabajos informales, inestables y sin ingresos fijos. Por lo que, al ser afectados por una enfermedad, un despido o una separación familiar, no logran resolver las situaciones sino más bien su condición empeora. Empiezan a residir en cuartos de hoteles o pensiones deterioradas, hasta que finalmente llegan a la calle. Las autoras concluyen que un hecho que agrava la enfermedad de una persona es el déficit en las redes socio-familiares (Castro y Silva, 2015).

Entre las principales dificultades o adversidades que atraviesan estas personas se ha encontrado la ausencia de un hogar, la escasez material, la falta de empleo, la constante necesidad de los servicios asistenciales, presencia de enfermedades físicas y mentales (Regalado, 2017). En definitiva, la suma de estas

condiciones provocaría un estado constante de estrés; parte de ello es mencionado por Guiddens (1990, citado por Regalado, 2017) quien menciona que las personas en situación de calle carecerían de lo que se conoce como “seguridad ontológica”, por lo que no lograrían tener bienestar ni tampoco un desarrollo adecuado de su propia identidad.

La indigencia es considerada un estado de vulnerabilidad debido al nivel de pobreza extrema que se le caracteriza, lo que a su vez provocaría la discriminación o exclusión social (Osorio, 2017). Al reconocer que su estado de riesgo es constante, se establece que la situación de calle se vincula más allá de la pobreza con la “exclusión social”, concebida para Ossa & Lowick-Russell (2005; citado por Fundación gente de calle, 2015) como un “proceso de desvinculación o quiebre (paulatino) de los vínculos afectivos (familia, amigos, etc.) y vínculos institucionales (escuela, trabajo, redes de apoyo, etc.)”. Sumado a ello se reconoce que la sociedad tiende a formar prejuicios y ante ello tomar una conducta evitativa en cuanto se les ve, promoviendo así la indiferencia y rechazo (Fuentes-Reyes y Flores, 2016). Para los autores se identifican formas de excluir socialmente a los indigentes. Las cuales se dividen como tecno-económicas, sociopolíticas y culturales. Según las investigaciones de Regalado (2017) a este proceso se le conocería como estigmatización, lo que provocarían estas reacciones sociales en la persona excluida sería tristeza, humillación, vergüenza, culpa, ira, estrés, etc. Con el fin de ahondar en dichas repercusiones y debido a los escasos estudios de la población, el autor considera las ideas de Allport (1958) quien refería ello en grupos considerados minoritarios. Se hace referencia entonces sobre

preocupaciones “obsesivas” que generan ansiedad e inseguridad, problemas al definir el auto concepto, negación frente a pertenecer a su grupo mostrando en ocasiones agresión, aceptación del comportamiento esperado, aislamiento social y vivacidad. Con respecto al aislamiento, Regalado (2017) refiere que tratan de pasar como ocultos o desapercibidos, razón por la cual se les considera como invisibles en la sociedad.

Es decir que, a parte de sufrir las diferentes pérdidas materiales, cargar con enfermedades y una continua dependencia de instituciones; las personas enfrentan este segundo golpe, aún más hiriente que es el rechazo y discriminación; según la teoría de Cyrulnik este hecho agravaría la situación hasta provocar un trauma.

#### **1.1.2.2. Clasificación de la situación de calle**

Los estudios acerca de esta condición son escasos y más aún las instituciones dedicadas a su atención. Se tiende a concebir que todas las personas en situación de calle o los también llamados “indigentes” cumplen un patrón y sus dificultades son iguales; sin embargo, es de suma importancia para este estudio diferenciar los tipos y falencias de cada grupo.

Philodemus (2006; citado por Ortega, Reyes, Vargas y Rivera, s.f.) establece que estas personas pueden ser clasificados de los modos que se citan a continuación:

- Indigente sano física y mentalmente, pero con limitaciones técnicas o lingüísticas para desempeñar algún trabajo demandante. Quienes solo



requerirían un apoyo temporal hasta lograr el aprendizaje esperado o conseguir un trabajo que le permita cubrir sus necesidades.

- Indigente con alguna discapacidad: amputados de extremidades, con discapacidades visuales, auditivas o motoras. Incluyen también a quienes tienen enfermedades crónicas e incapacitantes. Necesitan apoyo permanente de personal especializado que les permitan hacer frente a sus limitaciones.
- Adultos mayores en situación de calle con ausencia de familia y que no pueden mostrar independencia: debido a las características y dificultades de esta etapa de desarrollo, requieren de cuidados permanentes y enfocados en las necesidades de la vejez.
- Indigentes con problemas de adicción a drogas, en ausencia de enfermedades psiquiátricas: requieren ser atendidos de acuerdo a sus dificultades específicas, ser internados en centros de rehabilitación o instituciones que cuenten con personal con suficiente experiencia para su oportuno tratamiento.
- Indigentes con enfermedades psiquiátricas: quienes requieren ser atendidos en centros especializados u hospitales psiquiátricos que logren atender y controlar mediante tratamientos multidisciplinarios sus dificultades; según el autor de no hacerlo, constituye un riesgo social.

Es representativo también mencionar a los tres tipos de indigencia que refiere Zepeda (2005, citado por Ortega, Reyes, Vargas y Rivera, s.f.) a partir de un estudio realizado en el país de México. Asume lo siguiente:

- Indigencia institucionalizada: son las personas que residen de forma permanente o prolongada en instituciones públicas o privadas. Se afirma que de no contar con el apoyo, tenderían a realizar todas sus actividades en la calle.
- Indigencia clásica: son quienes realizan todas sus actividades en la calle, no tienen vínculos familiares y con frecuencia, han perdido los “valores sociales”, su salud y apariencia física. Tienden a padecer enfermedades psiquiátricas.
- Indigencia funcional: quienes tienen redes sociales como familiares y amistades, pero que debido a su consumo de drogas, han dejado de vivir con ellos.

### **1.1.2.3. La situación de calle en el Perú**

En toda sociedad se espera encontrar a este grupo de personas que habitan en lugares públicos; quienes sobreviven en base a lo que logran encontrar para alimentarse y cubrir de forma limitada sus necesidades básicas. Ante ello, se considera labor de cada gobierno velar por la reducción de la pobreza extrema con el fin de evitar dicho estado. Será importante conocer y reflexionar acerca de las acciones que el estado peruano viene realizando en bien de este sector.

Es así que se creó a través del Decreto Supremo N° 006-2012 el Programa Nacional VIDA DIGNA con el objetivo de atender a los grupos sociales vulnerables, otorgar el cumplimiento de sus derechos y una vida de calidad. Específicamente a los adultos mayores en situación de calle. Sin embargo, a partir del 2017, se realiza

una fusión de dicho programa junto a Yachay con Inabif, quienes son el órgano rector encargado de velar por este sector (Gestión, 2017). Durante la pandemia del COVID 19 en el 2020, el gobierno regional de Lima empezó a poner más atención a este sector vulnerable, por medio del programa “Volver a casa” se censaron a 60 personas con el fin de brindarles apoyo y asesoría para la reinserción o derivación a otros centros. Se reportó que el 25 % de la población peruana se encuentra en algún grado de vulnerabilidad. Encontrando que las características principales de esta población son: adultos mayores, con discapacidades y afroperuanos (LA Network, 2020).

A la fecha no se cuenta con una estadística exacta de esta población, debido a que como explica Alva (2020) es difícil empadronarlos por su constante movimiento, se calcula que en Lima Metropolitana existen cerca de tres mil personas en esta condición. Tampoco se cuenta con una entidad pública que vele directamente por ellos. En una nota de prensa publicada por Berrios (2021) en el diario Redacción se menciona que esta población de nuestro país tiende a residir cerca de la Plaza San Martín, en el Jirón de la Unión o en el pasaje Santa Rosa de Cercado de Lima. Se señala también que durante el mes de Agosto del 2020, la Defensoría del Pueblo detalló mediante un oficio dirigido a la Municipalidad de Lima la importancia de la atención debida a esta población y lo fundamental que sería el trabajo articulado junto a otros entes como el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables así el del Ministerio de Salud; se indicó también acerca de que la medida óptima sería la reinserción familiar y laboral de estas personas puesto que el mantener un albergue merece un gran presupuesto. La Municipalidad de Lima

por su lado, instó mediante la ordenanza N° 2326, la lucha contra la mendicidad y personas en situación de calle, siendo una de las acciones la creación de un hogar de paso para su concerniente diagnóstico y derivación.

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística (2021) durante el año 2020 la pobreza afectó al 30.1% de la población del país, lo cual menciona aumentó en 9.9 puntos porcentuales a comparación del año anterior. Ello guarda relación con el estado de emergencia nacional y el aislamiento social obligatorio debido a la pandemia del COVID-19 y la consecuente paralización de las actividades económicas. Como afirma Miguel Ríos, un representante de la Beneficencia de Lima Metropolitana; anterior a la pandemia se calculaba que aproximadamente había 3000 personas en situación de calle, pero que luego de la crisis sanitaria es posible aumentara (Berrios, 2021). Se considera fue debido a la falta de empleos, la pobreza continuó aumentando y muchos se vieron obligados a no pagar el alquiler de sus precarias viviendas por lo que fueron desalojados.

Los indigentes crean condiciones de vida en las calles, viviendo en ellas, sin ninguna protección y programas de índole alimenticio, salud, económico, ya que es un grupo vulnerable que no tiene el apoyo y resguardo por parte del Estado. Se persiste en atender las consecuencias, no las causas. (Fuentes y Flores, 2016, p.173)

Como respuesta ante esta problemática, en el 2020 la Beneficencia de Lima Metropolitana crea un centro de atención para proteger directamente a las personas adultas mayores en situación de calle (PAMSC) ante la pandemia del COVID 19, el cual nombra como “Casa de Todos”. Ello a través de un albergue temporal, pero que a partir del primer trimestre del 2021 se decide tenga una condición permanente, actualmente está ubicado en cercado de Lima y tiene una capacidad

operativa de hasta 90 personas; en la actualidad beneficia a un promedio de 60 adultos mayores.

En base a lo anterior, sobre la institucionalización de las personas en situación de calle, como es el caso del presente estudio; se afirma que el primer objetivo de estos centros es cubrir las necesidades básicas. Según Sanford et al. (2015, citado en Cruz, 2015) estos lugares están dirigidos a personas con problemas físicos o mentales y sin apoyo social, con pocas probabilidades de conseguir una vivienda. Sin embargo, el abandonar o renunciar al espacio en el que “sobrevivían” con anterioridad les genera dolor y se les dificulta procesarlo emocionalmente (Lázaro y Gil, 2010; citado en Cruz 2015).

Los adultos mayores que son institucionalizados suelen ser internados debido a su estado de pobreza extrema, no cubren sus necesidades básicas, no tienen acceso a servicios de salud o recreación, no poseen redes de soporte familiar o amical. Tienden a sufrir también de enfermedades como neumonía, influenza o adicciones al alcohol u otras sustancias ilícitas. Se considera que la meta de éxito para esta población se relaciona con la reinserción social, es decir el que recobren vínculos sociales o familiares; para ello deberá trabajarse en su independencia funcional y cognitiva (Moquillaza-Risco, León, Dongo, Munayco, 2015). De no poseer redes de apoyo ni posibilidades de adquirir nuevas habilidades, el objetivo sería que aprendan a vivir en armonía con los demás residentes.

#### **1.1.2.4. Características psicológicas asociadas a la situación de calle**

Las personas en situación de calle estudiadas tienden a compartir una historia de vida similar, en la que de menores sufrieron de abandono o negligencia familiar, maltrato físico severo y abuso sexual. Lo cual es reforzado por Fuentes y Flores (2016) quienes mencionan que el rompimiento del entorno familiar tiene como detonantes a la pobreza, sobrecarga de tareas del hogar y aburrimiento. Según Makowki (2010; citado por Fuentes y Flores, 2016) ellos “deambulan por la intemperie social y biográfica” (p.173). Refieren que la sociedad tiende a estigmatizarlos y por ende, ir contra sus derechos individuales. A su vez Ortega, Reyes, Vargas y Rivera (s.f.) mediante un estudio basado en la percepción ciudadana frente a los indigentes de la ciudad de México, halló que el rechazo y abandono son provocados por la “defensa perceptiva” o la respuesta ante lo que se concibe como amenazador y la “perspicacia perceptiva” o la búsqueda de algún beneficio en la interacción. Asimismo, encontró que las emociones que les genera esta población son tristeza, lástima e indiferencia con mayor énfasis; así también se les percibe como un problema social importante. Finalmente atribuyen como las causas principales al desempleo, el abandono de hogar y las enfermedades mentales. Por lo que la persona lidia con re integrarse a la sociedad e incluso a su familia nuevamente (Arzate et al.; 2007 citado por Fuentes y Flores, 2016).

Cuando de quien se trata es un adulto mayor, la posibilidad de poder recuperarse es aún más complicada, debido al deterioro de sus capacidades el procurar conseguir un trabajo y la consecuente negación por parte de quienes contratan, les genera un sentimiento mayor de indefensión y desamparo. Por ello,

Caamal y Cahum (2016) en un estudio antropológico halló que de la población de indigentes, el grupo más vulnerable y frecuente serían los adultos mayores debido a que poseen menos oportunidades y solo se les toma en cuenta en base a su capacidad para realizar tareas doméstica como el cocinar o cuidar de los menores. El no trabajar les provoca “una inestabilidad psicológica y social” (p. 96) que se agrava en el caso de los varones, quienes la sociedad les encomienda ser los principales mantenedores de la familia, al no lograrlo su exclusión aumenta hasta provocar la situación de calle.

Tienden a mantener un alto índice en problemas de salud, las más frecuentes se relacionan con el abuso de sustancias y trastornos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. (Folsom, Hawthorne, Lindamer, Gilmer, Bailey, Golshan, et al.; citado por Grandón, Vielma-Aguilera, Siprian, Bustos y Saldivia, 2018). Por otro lado, como respuesta ante el déficit de atención y cuidado de la red de soporte familiar y social, el adulto mayor tiende a deprimirse, tener falta de apetito y en algunos casos ideación suicida.

Tal como se establece “No cuentan con ningún amigo, apoyo moral que les cuide, y empiezan a crear relaciones con las personas que se encuentran dentro de su situación, a veces creando lazos afectivos, o simplemente de cuidado mutuo.” (Fuentes y Flores, 2016, p. 175). Se reconoce que el tipo de vínculo que establecen estas personas se caracteriza según Seidmann et. al. (2009) citado por Seidmann et. al. 2016, por ser inestable, transitorio y con labilidad afectiva. Cabe resaltar que a través de la revisión de diferentes autores como Riquelme (1997), Dragest, Eide y Ranhoff (2013) y Onwuameze y Paradiso (2014), Cruz (2015) afirma que la

institucionalización tiende a causar estrés, depresión, ansiedad y dificultades de adaptación. En tanto a que el significado que se les atribuye es de una pérdida de autonomía, intimidad y abandono por parte de otros. Así también suelen tener dificultades para convivir con otros adultos mayores y para ceñirse al reglamento de la institución (Cruz, 2015, p. 5).

En base a un estudio realizado por Hernández (2007) en Bogotá con un grupo de 25 habitantes de calle; descubrieron que los sentimientos “malos” o displacenteros tienden a demostrarse al exterior con mayor frecuencia que los “buenos”, debido a que al realizarlo irían contra la premisa más frecuente de la calle “la ley del más fuerte”, es decir que no se debe mostrar vulnerabilidad o debilidad, sino más bien la agresividad. Se encontró también que los sentimientos más frecuentes son: la culpa, odio, venganza, tristeza, melancolía, cargo de consciencia, soledad, frustración, rabia, dolor por lo perdido y egoísmo. Mientras que las causas que los llevan a ese estado serían los sentimientos de abandono, decepciones amorosas, conflictos familiares, desprotección familiar y social, déficit en el control de impulsos. Ante todo lo mencionado, la calle sería vista como una forma de solucionar sus problemas, una forma de evadir la auto evaluación.

### **1.1.3. Resiliencia**

#### **1.1.3.1. Origen y definición de resiliencia**

La resiliencia proviene de la palabra inglesa resilience, deriva del latín resilio que significa “volver atrás, volver de un salto, rebotar, saltar hacia atrás, ser repelido o resurgir” (Forés y Grané, 2008, p. 16). Inicialmente utilizada en el campo de la



física para mencionar a la cualidad de poder resistir y retornar a un estado original; incluso es usada en el campo de la ecología para referir a aquellos ecosistemas que se logran adaptar a los cambios y perseveran en su actividad habitual (Uriarte, 2013).

De acuerdo con la Real Academia Española (s.f.) es “la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adverso” (párr.1), también se le define como “la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido” (párr.2).

A partir de los años ochenta, el campo de las ciencias sociales acuñó el término para definir a los estados emocionales relacionados a las aflicciones y pesares de la vida producidos ante un evento adverso (Cid, Morales e Iriarte, 2020). A juicio de Uriarte (2013) la resiliencia sería la capacidad de las personas o grupos para mostrarse psicológicamente saludables, aunque experimentaron situaciones problemáticas o de “alto riesgo” en sus vidas, los cuales podrían ser: pobreza, problemas familiares, estrés crónico, desastres naturales, guerras, etc.; en general situaciones traumáticas. El autor señala que existen tres formas en las que se puede definir la resiliencia: la primera sería como estabilidad, referido a la capacidad de haber vivido en estado de riesgo, estrés o daños, y aun así mostrarse “competente”; como recuperación, es la capacidad para retornar al estado inicial, normal o caracterizado por el equilibrio después de un tiempo corto, en comparación a las demás personas. Finalmente, como transformación, es decir que la persona no solo

resiste la adversidad, sino que se logra fortalecer y cambiar positivamente con el fin de encontrar nuevas oportunidades utilizando el aprendizaje y creatividad.

Para Grotberg (2006, citado por Regalado, 2017) la definición más acertada de resiliencia sería “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas” (Grotberg, 2006, p. 18). En base a ello, Barudy y Dantagnan (2005, citado por Cid, Morales e Iriarte, 2020) complementan que, con el fin de continuar un desarrollo adecuado, la resiliencia sería una capacidad también para poder proyectarse a el futuro a pesar de las situaciones difíciles y en ocasiones traumáticas. Esta definición será importante al considerar el aspecto temporal, la perspectiva de un tiempo mejor y no el estancamiento en el hecho anterior.

En referencia al aspecto individual, la resiliencia sería un rasgo de la personalidad que controla el resultado negativo del estrés y promueve la adaptación al medio frente a los problemas o situaciones difíciles (Wagnild y Young, 1993). Mientras que al considerar un aspecto colectivo, se toman en cuenta los planteamiento de Uriarte (2013) quien acuña el término “resiliencia comunitaria” para nombrar así a la capacidad que tendrá la sociedad e instituciones involucradas para enfrentar las dificultades y organizarse en son de la mejoría en sus labores e identidad como una respuesta ante desastres que afectan a la sociedad en general y son percibidas como perjudiciales o desadaptativas. Refiere también el autor que esta se construye por medio de la implicación activa para mejorar la comunidad, realizando un trabajo por los derechos humanos y la justicia social. Aunado a este

aspecto de vinculación, Cyrulnik (2001; citado por Regalado, 2017) menciona que la resiliencia es un proceso “social, diacrónico y sincrónico que se entreteje en la interacción con los medios ecológicos, afectivos y narrativos” (p.78).

Como bien se ha visto la definición o estudios sobre la resiliencia han sido numerosos para el corto tiempo desde su surgimiento, lo que seguramente seguirá así en base a las crisis sociales que atravesamos como humanidad. En la actualidad, autores como Vanistendael (2014, citado por Regalado, 2017) afirman que la resiliencia no puede ser un término estático en base a que se encuentra en construcción junto a la interacción que se establece en las comunidades.

En base a lo revisado, se puede conceptualizar a la resiliencia como la capacidad innata de los seres humanos que podría ser activada de forma intrínseca o fomentada por otros medios de apoyo contextual con el fin único de poder recuperar el estado de bienestar posterior a haber atravesado una problemática severa.

### **1.1.3.2. Perspectiva histórica de la resiliencia**

La resiliencia siempre ha existido, desde los inicios, es así que el ser humano ha logrado hacerle frente a las crisis, cambios y catástrofes. De hecho, el reconocimiento de alguien resiliente está presente en muchas culturas, se afirma que en Noruega se les conoce como “los niños diente de León” y en la India como las personas “flor de loto”. Ello debido a las propiedades de estas plantas que les permiten crecer en un medio “hostil” (Uriarte, 2005, p.64).

El término resiliencia fue utilizado con mayor frecuencia en campos como la física y mecánica a lo largo de la historia para hacer referencia a aquella propiedad resistente y fácil de volver a un estado; inclusive es utilizado en medicina para nombrar a los huesos que crecen adecuadamente posterior a una fractura. Sin embargo, su estudio en el campo de las ciencias sociales es relativamente reciente (Forés y Grané, 2012). Desde el siglo XVIII Pestalozzi reflejó su interés por los niños en situación de calle, en su mayoría en estado de orfandad y sin figuras de protección; a pesar de sus circunstancias desfavorables reflejaban “una fuerza interior” (Vanistendael y Lecomte, 2002, citado en Uriarte, 2005).

En los años 80, la psicóloga Emmy Werner realiza un estudio longitudinal durante 32 años en la isla Kauai de Hawai, realiza el seguimiento a 698 niños provenientes de familias de bajos recursos y consideradas de riesgo alto. Al grupo que logró crecer como adultos equilibrados los denominó en un primer momento “invulnerables” La autora pretendía captar los factores de protección que influyeron en dichos casos. A esta etapa se le considera como una primera generación de la escuela “anglosajona” en la que la resiliencia era vista sobre todo desde un punto de vista genético; que poco después fue derrocado al notar que su causa era mas bien vincular o relacionada al apego. Más adelante, en los años 90 surge la segunda generación de investigadores como Reuter y Grotberg, quienes empiezan a ponerle atención ya no solo a los factores individuales sino a la interrelación e interacción; ellos consideran a la resiliencia como una capacidad que se podría promover (Forés y Grané, 2012). Lo cual se comparte, en consideración a que mediante la correcta intervención o apoyo, cualquier persona podría llegar a ser resiliente. Según las

investigaciones de Regalado (2017), es en esta etapa que los autores anteriormente mencionados, empiezan a establecer el modelo tríadico de la resiliencia compuesto por los atributos individuales, contexto familiar y ambiente social. Ya en el presente siglo y hace aproximadamente dos décadas, se toma mayor relevancia a un modelo Ecológico-transaccional donde se toman en cuenta los postulados de Bronfenbrenner, reconocido investigador de los círculos familiares, comunitarios y culturales que rodean a cada persona.

Por otro lado, se reconocen a otros modelos que han ido estudiando la resiliencia como el llamado “europeo” promovido por Vanistendael quien concibe que el humano puede enfrentar las dificultades, aceptarlas y proyectarse a algo nuevo; por su lado el francés Cyrulnik, uno de los autores más representativos del tema, estudia la interacción entre la persona y su entorno, creando así la Teoría del doble golpe o doble herida enfocado en cómo la sociedad contribuye a que el sufrimiento inicial sea agravado. Finalmente, se encuentra el modelo “latinoamericano” que busca la resiliencia comunitaria, considera cómo los grupos o comunidades pueden afrontar la adversidad y vela por las condiciones (Regalado, 2017, p.70)

Para simplificar lo expuesto, se hace notorio que la resiliencia ha ido cambiando en el transcurso de los años, a pesar de que en el campo de la psicología propiamente dicha, su estudio es reciente. Se concibe que, en un primer momento, el énfasis era hacia lo individual y la sospecha de un componente biológico; poco a poco se fue enfocando en lo interrelacional. Cuestión importante

para el presente estudio, puesto que dicha noción apoya que las intervenciones sociales otorgan resultados satisfactorios a la población vulnerable.

### **1.1.3.3. Características de la resiliencia**

Sería inadecuado reducir a la resiliencia en solo un atributo o incluso nombrar a alguien como resiliente solo por el hecho de haber pasado por una experiencia difícil. Es por ello que para Pourtois (2014, citado por Regalado, 2017) existen condiciones para que proceso de resiliencia pueda darse, entre las cuales se distingue: un hecho traumático, la resistencia ante rendirse y el deseo de superación, conservar el potencial personal y una tendencia a la realización y transformación positiva. En ese mismo contexto, se mencionan a las características de la resiliencia según Forés y Grané (2012, p.23), se citan doce:

1. Es un proceso.
2. Hace referencia a la interacción dinámica entre factores.
3. Puede ser promovida a lo largo del ciclo de la vida.
4. No se trata de un atributo estrictamente personal.
5. Está vinculada al desarrollo y crecimiento humano.
6. No constituye un estado definitivo.
7. Nunca es absoluta ni total.
8. Tiene que ver con los procesos de reconstrucción.
9. Tiene como componente básico la dimensión comunitaria.
10. Considera la persona como única.
11. Reconoce el valor de la imperfección.

12. Está relacionada con ver el vaso medio lleno.

Al pensar en una persona resiliente, será conveniente hacer referencia a las características personales o rasgos de personalidad; por ello Kotchapaw (2011, citado por Regalado 2017) considera serían: una actitud positiva, proyección al futuro, alta autoestima, reconocimiento de debilidades personales y la religión ligada al sentimiento de esperanza y fe. El autor considera los aportes de Vázquez y Hervás (2009) para hacer referencia a las fortalezas “VIA” o rasgos positivos que mostraría alguien resiliente, las cuales son: sabiduría y conocimiento, coraje, humanidad, justicia, moderación y trascendencia.

Por otro lado, se tienen los aportes de autores relevantes en el contexto argentino, Melillo y Suárez (2002), quienes afirman que existirían 8 características que una persona resiliente deberá tener: la introspección, vista como la capacidad para analizarse a sí mismo y establecer soluciones viables ante los problemas; la independencia, al ser capaz de otorgar un distanciamiento no solo físico sino también emocional del medio. La capacidad para relacionarse, sería la forma en la que se puede conectar íntimamente con los demás; la iniciativa, es vista como una capacidad para adelantarse ante los desafíos y afrontarlos. El altruismo, es la capacidad para beneficiar al otro con desinterés; la creatividad, es el talento que la persona demuestra para crear nuevas cosas ante escenarios impensados. La autoestima consistente, se basa en el producto del cuidado de una persona significativa en la vida; finalmente el humor, es la capacidad para encontrar el sentido cómico en la adversidad.

#### 1.1.3.4. Componentes de la resiliencia

Cyrułnik (2014; citado por Regalado, 2017) afirma que los componentes de la resiliencia son diversos, entre ellos considera: la biología, psicología, afectividad y narrativas culturales. Al respecto Martín (2013), menciona que la resiliencia vista desde un punto de vista cognitivo conductual albergaría a 4 componentes:

- La conducta visible: representado por acciones como el pedir ayuda para afrontar el sufrimiento, realizar críticas constructivas, comunicar los sentimientos o pedir cambios en las conductas de otro.
- Aspectos cognitivos: a partir de realizar análisis realistas pero esperanzadores, mostrando una búsqueda activa de las ventajas del hecho. Asimismo, mostrar curiosidad por adquirir nuevos conocimientos, mostrar flexibilidad y creatividad.
- Área emocional: se muestra mayor autocontrol frente a sus emociones; tampoco las anulan o reprimen sino más bien utilizan la inteligencia emocional ante los problemas al reconocer sus propias emociones y las de los demás evitando tomar decisiones apresuradas y poco lógicas.
- Nivel fisiológico: las personas resilientes poseen buenos hábitos como dormir sus horas, alimentarse balanceadamente. Por ello sus niveles hormonales o el funcionamiento de sus neurotransmisores se consideraría equilibrado y con tendencia a la recuperación.

Por otro lado, Wagnild y Young (1993) consideran dos factores de la resiliencia, los cuales posteriormente consideran en su escala:



- La competencia personal: referido a capacidades como la decisión, invencibilidad, perseverancia, ingenio, independencia, poderío y autocompetencia.
- La aceptación de uno mismo y de la vida: incluye capacidades como el balance, flexibilidad, adaptabilidad y la perspectiva de tener una vida estable.

Mientras que Jiménez (2011) hacen referencia a que existen factores de protección de la resiliencia como lo son: las características de la persona (autoestima, optimismo, afrontamiento o control), la familia y el entorno social (apoyo social). Agrega también la espiritualidad, buen humor y flexibilidad cognitiva ante las circunstancias difíciles.

#### **1.1.3.5. La resiliencia en el adulto mayor**

La resiliencia como bien se ha ido revisando es una capacidad dinámica, posible de ser desarrollada independientemente de la persona que atraviese una dificultad, debido a que ya se ha comprobado que no es una capacidad excepcional. Por ende, puede aparecer en cualquier etapa de la vida, como en la vejez; un periodo en el que la persona debe adaptarse ante los cambios que experimenta a nivel cognitivo, físico y social. Visto desde ese punto, quienes logran utilizar sus recursos para aceptar las dificultades que vulneran a dicha etapa, en definitiva evitarán emociones displacenteras como la irritabilidad y tristeza. Se considera que el afrontamiento en esta etapa puede ser adaptado a lo que otorga sentido de vida, así como la aceptación ante los cambios que escapan del locus de control interno (Jiménez, 2011).

La resiliencia se ha convertido en una categoría susceptible de ser aplicada a todo el ciclo vital. No se trata de un proceso reducido a la infancia. Todo el mundo, en cualquier etapa de su vida y en cualquier ámbito, puede encontrarse en una situación traumática, la puede superar y salir fortalecido (Forés y Grané, 2012, p.18).

La resiliencia en el adulto mayor es percibida como un “reajuste del mundo mental alterado por las pérdidas... un viejo abandonado tiene pocas oportunidades para reorganizar su mundo íntimo, sólo puede dar sentido a los acontecimientos de su vida dirigiéndole su relato a alguien” (Cyrulnik, 2014, p.10). Dicho de otro modo, la persona logra el bienestar emocional a través del exterior o de su interacción social. Al respecto Jimenez (2011) menciona la importancia de los “recursos sociales” como lo son: la interacción con sus familiares o amistades, acceso a servicios de salud y asistencia comunitaria. Si estos componentes no se encuentran; es posible cause un conflicto a nivel psíquico, cuando se produce un trauma y si no es procesado o comunicado al otro a su tiempo, éste tiende a resurgir. En la vejez, al no contar con mayores defensas y ante una memoria débil éste reaparece por medio de alteraciones psíquicas. En tal sentido, se ha comprobado que “la soledad contextual” provoca que la persona traiga a sí recuerdos de experiencias negativas y por ende cause un estado anímico acorde a ello. Sin embargo, cuando hay socialización, la persona tiende a otorgar una perspectiva afectiva positiva de lo experimentado. Por lo que se afirma que cuando existen dos factores como el vínculo y el sentido, se da lugar a la resiliencia. (Cyrulnik, 2014)

Asimismo, el autor sostiene que entre los factores que permiten se desarrolle la resiliencia en el adulto mayor se menciona a la forma del relato o concepción de su historia personal donde se termine estableciendo una buena imagen de sí

mismo. También considera que en ello deberá estar presente una red social efectiva y afectiva, que le proporcione seguridad y motivación. A su vez, Anaut (2014, citada en Cyrulnik 2014) menciona que “la creatividad y el humor pueden facilitar los ajustes psíquicos específicos de este periodo de vida” (p.19). Se le consideran como factores de protección, los cuales permiten se dé un proceso de integración y transformación del hecho traumático. Así también se toma en cuenta a la religión, vista como un factor de la resiliencia puesto que “aporta el sostén de los rituales y de los encuentros. También puede dar sentido a la desgracia” (Cyrulnik, 2014, p.16).

#### **1.1.3.6. La resiliencia y situación de calle**

Desde los primeros estudios, la resiliencia ha sido vinculada con personas en estado de vulnerabilidad; aludiendo a vidas caracterizadas por la precariedad económica, maltratos, indigencia y entre otros. Ante ello, Cyrulnik brinda un mensaje esperanzador:

No hay herida que no sea recuperable. Al final de la vida, uno de cada dos adultos habrá vivido un traumatismo, una violencia que lo hará empujado al borde de la muerte. Pero aunque haya sido abandonado, martirizado, inválido o víctima del genocidio, el ser humano es capaz de tejer, desde los primeros días de su vida, su resiliencia, que lo ayudará a superar los shocks inhumanos. La resiliencia es el hecho de arrancar placer, a pesar de todo, de volverse incluso hermoso (Cyrulnik, citado por Acero, 2009, p. 135).

Cuando se piensa en la situación de calle, se piensa también en carencias, en situaciones extremas que afronta un ser humano con el fin de sobrevivir. La resiliencia se hace imperativa ante estas situaciones y, necesaria para generar

intervenciones con todas las edades que garanticen un desarrollo saludable, sobre todo en escenarios de Latinoamérica donde la pobreza es creciente

Forés y Grané (2008) hacen referencia a un tipo de trauma que se diferencia de una adversidad cualquiera, se le considera a un hecho puntual de gran impacto, puede haber sido repetido, de limitación permanente o de alto riesgo. En este último se menciona a la situación de calle; en este contexto como se ha mencionado con anterioridad, se sufren grandes pérdidas como las materiales, económicas, familiares e inclusive de la dignidad humana. Ello llega a alterar significativamente la vida de la persona produciendo una “huella cerebral y afectiva.” Para Kotchapav (2011, citado por Regalado, 2017) existirían atributos a nivel personal que propiciarían la resiliencia, entre los cuales se menciona a una alta autoestima, tendencia a visualizar un futuro mejor, admitir las áreas que la persona requiere mejorar, tener una actitud positiva. Finalmente menciona también a la esperanza o fe, en consideración a la creencia de que todo mejorará y sobre todo que estos aspectos muchas veces de índole religiosa les permiten no sentirse solos en sus procesos.

Regalado (2017) menciona que “la resiliencia no es posible en la soledad, se necesita de apoyos y experiencias significativas” (p.7) lo cual ya era mencionado por Cyrulnik (2014) acerca del apoyo que debe tener la persona para retomar o reiniciar posterior a la adversidad. Por lo cual este estudio se sostiene con la siguiente variable a mencionar: el apoyo social.

#### **1.1.4. El apoyo social**

##### **1.1.4.1. Definición del apoyo social**

Las personas somos seres sociales que requerimos del otro para poder sobrevivir, en especial ante los momentos de dificultad como lo son los acontecimientos vitales estresantes. Cada vez son más los descubrimientos que se realizan frente a los beneficios del apoyo social, por ello el interés en su estudio se incrementa; a continuación, se exponen las definiciones del término:

Es “el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social” (Barra, 2004, p.237). Esta concepción se vincula con la pertenencia a grupos específicos y su consecuente satisfacción. El autor también afirma que este fenómeno es capaz de permitir que las personas logren sobrellevar mejor los estresores, enfermedades, intervenciones quirúrgicas y sobre todo cambios a nivel de conducta. Mientras que la ausencia de este, sería considerada como un factor de riesgo.

Para Montenegro (2001, citado por Polett, Morales e Iriarte, 2020), es una variable relacionada con los vínculos y sus respectivas funciones. Basado en el que existen necesidades como: afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad, aprobación que solo pueden satisfacerse en base a la relación interpersonal.

Se le refiere también al apoyo social, como un proceso dinámico en el que, sin importar la edad, es capaz de darse siempre y cuando las circunstancias lo ameriten. “Un constructo visiblemente interactivo, que se desarrolla en la etapa infantil mediante la relación con los progenitores y luego se extiende durante toda

la vida, con la incorporación de otros grupos” (Méndez y Muñoz, 2011; Gracia y Lila, 2007; Hombrados, García y López, 2006 citado en Polett, Morales e Iriarte, 2020).

#### **1.1.4.2. Perspectivas del apoyo social**

El apoyo social puede ser estudiado a través de tres niveles: comunitario, redes sociales e íntimos; es decir que van desde un macro sistema hasta la red más próxima del sujeto.

El apoyo social en relación al estrés, cumpliría funciones que pueden ser explicadas desde el modelo de “amortiguación” en el que el apoyo social actúa como protector, al reducir la percepción del riesgo y aumentar sus habilidades de afrontamiento. Desde el modelo de “efectos principales”, se muestra al apoyo social como una herramienta útil y constructiva para toda persona, a pesar de que ésta no sea sometida a situaciones de estrés (Barra, 2004).

Será importante hacer la diferenciación entre dos constructos: el apoyo social real y el percibido; siendo el primero como su mismo nombre lo dice, medido por condiciones objetivas recibidas por parte de otro; mientras que el percibido sería referente a los hechos subjetivos, es decir como la persona recibe o lo que concibe la ayuda brindada. Este último según Barra (2004) es de mayor interés para la investigación psicológica, debido a que es un buen indicador para reconocer los efectos en su salud. Es decir que, a pesar de tener muchas personas que cumplirían con la función de apoyo, para quien se muestra en la situación problemática, solo tiene la certeza de contar con algunos, que logren cubrir sus necesidades a nivel emocional, material o informacional.

Según Riquelme (1997, citado en Baca, 2016) se distinguen dos perspectivas de estudio:

- Estructural: son las características de su red de apoyo; referente también al tamaño o cantidad de la red social.
- Funcional: son las consecuencias que le ocurren a la persona y quienes perseveran en su red de apoyo; ello redundaría en la utilidad que le brinda. Se añade que la perspectiva cualitativa-funcional vela por la relación y evaluación que la persona hace de la calidad de apoyo que recibe (Barra, 2004; Escobar, Puga & Martín, 2008; citado en Vivaldi y Barra, 2012). Según manifiesta Tardy (1985) citado en Di Iorio, Seidmann y Rigueiral (2019) en este componente, se pueden comprender 5 dimensiones:

- Direccionalidad: en consideración a donde se provee o recibe el apoyo
- Disposición de apoyo ante una dificultad.
- Acciones de apoyo para satisfacción.
- Contenido del apoyo social: emocional, instrumental, informativo y

valorativo.

- Redes: familia, amigos, vecinos, instituciones, entre otros.

Según Antonucci e Israel, 1986; Cobb, 1976; Gottlieb, 1983; House, 1981; citado en Londoño et. Al. (2012) dentro de esta perspectiva se distinguen tres tipos de recursos:

- Emocionales: referente a la empatía, amor y confianza.
- Instrumentales: referente a la solución de problemas.

- Informativos: referente a lo que se sabe para hacerle frente al problema.

Conforme a ello, cabe resaltar que autores como Montenegro, consideran a una perspectiva del apoyo social adicional: la contextual. Que sería concebida como la que otorga importancia al medio o ambiente, y cómo las funciones del apoyo podrían cambiar en cada uno; se alude a variables como la duración, circunstancias, procedencia de apoyo y particularidades de quien recibe el apoyo.

A fin de complementar los recursos estructurales anteriormente mencionados y tomando en cuenta los aportes de López de Roda y Chacón (1990). Se refiere que la función emocional, está basada en la comodidad, protección y cercanía; mientras que lo material o instrumental, será lo que indique el acceso a servicios o bienes; la función informacional o informativa, refiere a la guía u orientación que se muestra (Barra, 2004, p.237).

Será importante mencionar que el apoyo social, también puede ser estudiado a través de dos perspectivas: *la cuantitativa-estructural* que analiza la cantidad de vínculos que puede tener la persona y la *cualitativa funcional* que estudia la calidad de estas relaciones y la percepción que tiene la persona de esta (Barra, 2004; Escobar, Puga & Martín, 2008 citado en Vivaldi y Barra, 2012). Ambas importantes para el análisis del presente estudio.

#### **1.1.4.3. El apoyo social en el adulto mayor**

Al considerar a las circunstancias que afectarían con mayor énfasis al adulto mayor, Feriegla (1998 citado por Flores, 2002) refieren al “desarraigo social”, el cual



se produce cuando la persona toma distancia de su red primaria de apoyo y no logra vincularse a otra. Por lo que el apoyo social se mostraría como aquel elemento protector de la salud de esta población, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida (Aguerre & Bouffard, 2008; Fernández, Clúa, Báez & Ramírez, 2000 citado por Vivaldi y Barra, 2012).

Como manifiesta Flórez (2002), “el soporte social en el anciano constituye un ‘servocontrol’ significativo, apropiado y protector, desde el ambiente social hacia la persona; ello le permitirá enfrentarse con éxito a los factores de estrés ambientales, ya sean intermitentes o continuos” (p. 165). Se considera que el apoyo social es de suma importancia en el adulto mayor pues le permite no solo reducir el estrés sino también aumentar el bienestar emocional. Si bien es cierto el apoyo familiar es fundamental para la mejoría de la persona, se reconoce que en el caso de las personas en situación de calle, el apoyo institucional será relevante. Por ejemplo, el apoyo que se brinda a nivel de prestación de vivienda, les permite desarrollar un mejor autoconcepto y establecer relaciones más positivas (Kotchapaw, 2011, citado por Regalado, 2017).

#### **1.1.4.4. Apoyo social percibido y la institucionalización del adulto mayor en situación de calle**

Como bien se mencionó en anteriores acápite, la institucionalización puede ser un proceso complejo y difícil para la población que realiza su primer ingreso. Es decir que el ambiente social que lo rodea puede ser visto desde dos perspectivas: como un factor estresante o como un reductor de este. Como lo plantean Stefani y

Feldberg (2003, citado por Cruz, 2015), a mayor demanda de adaptación y menores estrategias de afrontamiento, el estrés de tipo crónico prevalecerá. El apoyo social es visto entonces, como un elemento que permite “amortiguar” sus efectos nocivos (López de Roda y Chacón, 1990).

El adulto mayor tiende percibir el apoyo social en base a su salud mental y funcionalidad física (Azpiazu et al., 2002; Love, Goldman & Rodríguez, 2008; citado en Vivaldi y Barra, 2012). Lo mencionado está también influido por la forma en que la persona piensa de sí misma y sobre lo que espera del otro. Si hay éxito en ambos sentidos, el apoyo social podrá garantizar “estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente” (Barra, 2004, p.239)

A partir de las evidencias anteriores, será relevante y esperanzador resaltar lo expuesto por Olea y Prieto (1995, citado por Flórez, 2002), quienes mencionan que “una red social mixta y con contactos frecuentes, aunque no sea muy numerosa (9-15 componentes), proporciona mayor enriquecimiento personal al fomentar la independencia de la persona anciana” (p.168). La importancia de trabajar en la construcción de esta red de apoyo permitirá la reducción del estrés en esta población y por consiguiente la obtención de su bienestar emocional.

Cuando de quien se trata es de una persona que ha vivido en calle, ellos han experimentado un estado de estrés constante en el que se genera tensión por intentar sobrevivir cada día y cubrir las necesidades básicas. En tal sentido, Di Iorio, Seidmann y Rigueiral (2019) mencionan que ellos han sido “Descalificados socialmente”, es decir que usualmente han vivido solos y con mínima participación

social, lo cual podría causar problemas de identidad. La sociedad tiende a verlos como personas diferentes que “deben” ser denigradas en tanto a que serían vistos como el último eslabón y con proyecciones cargadas de vergüenza. Lo que a su vez los aísla más y no logran crear redes de apoyo. Esta desconfianza es la que llevan hacia sus futuras residencias, por lo que la aceptación del apoyo social se convierte en un gran reto. Sin embargo, cuando esto se logra, tomamos las ideas de Basso (1991; citado por Alves, 2013) para afirmar que “las relaciones más favorables que los residentes mantienen son aquellas que establecen con el personal que los asiste, no siendo del mismo modo para con sus pares” (p.19). La función que cumpliría la red social en dicho ámbito con el personal técnico, beneficiaría según Hatento (2015, citado por Regalado, 2017) al apoyo emocional, debido a la forma de contener y canalizar lo que sienten impactando así también en su autoestima. Lo cual guarda relación con la población a estudiar en la presente investigación, ya que son los trabajadores quienes actuarían como su única fuente de apoyo social, responsables más allá del cuidado de brindar su apoyo o aliento y resignificar su pasado.

Vinculado a lo anteriormente expuesto, Di Iorio, Seidmann y Rigueiral (2019) manifiestan que uno de los problemas principales que llevarían a la situación de calle y posterior institucionalización es el “debilitamiento” o “desafiliación” de los vínculos sociales. Al sentirse inferiores, tienden al aislamiento y distanciamiento del medio. Visto de esta forma y considerando lo que Cohen (1988, citado en Londoño, et. al., 2012) establece como el impacto del apoyo social, al reconocer que éste logra beneficios relacionados al estilo de vida, sus procesos biológicos, reducción

del estrés y la obtención de conductas de afrontamiento saludables. Esta variable se consideraría como una pieza importante para evitar que su situación se cronifique y que su identidad social deje de verse afectada. (Goffman, 2003 citado por Di Iorio, Seidmann y Rigueiral, 2019).

En la misma línea, los autores mencionan que el apoyo social percibido en dicha población se basaría en “reconstruir vínculos sociales dañados y/o deteriorados” (p.53); se resalta que lo psicosocial será de suma importancia para la promoción de la salud mental, lo cual se relaciona directamente con un apoyo social de tipo socio emocional. Esto se refuerza con lo descubierto en un estudio argentino que menciona “el apoyo social emocional es más buscado que el instrumental, lo que se relaciona con lo que se plantea sobre la importancia del trabajo psicosocial tendiente a la producción social de la salud mental.” (Di Iorio, Seidmann, Rigueiral y Vera, 2009, p.54)

## **1.2. Antecedentes**

### **1.2.1. Investigación Internacional**

Cano, Castañeda, Hernández, Pérez, Esquivel (2022) realizaron un estudio cuantitativo y descriptivo entre resiliencia y apoyo social en 200 adultos mayores de municipios del Estado de Hidalgo en México. Su objetivo se basaba en hallar como se relacionaban ambas variables en población que había residido por más de 10 años en el Valle del Mezquital; para ello utilizaron el Cuestionario de Apoyo social Percibido de Sherbourne y Stewart y el Cuestionario de Resiliencia de Connor-Davison. Encontraron una relación positiva entre ambas variables ( $p < 0.05$ ), así

como niveles de resiliencia alta en dicha población. Descubrieron que la edad no interfiere con el nivel de resiliencia, sin embargo, sí en cuanto a estado civil y posesión de vivienda. Concluyeron que a mayor apoyo social, mayor resiliencia.

Cid, Morales e Iriarte (2020) realizaron un estudio de tipo exploratorio y cuasi-etnográfico, sobre el apoyo social y la resiliencia en adolescentes en situación de calle de Chile. Su objetivo era reconocer como percibían dichas variables los beneficiarios de la Fundación Don Bosco. Por lo que evaluaron a 10 personas entre 10 a 18 años, por medio de las técnicas de Fotovoz, Línea de tiempo y Observación Participante. Hallaron que se percibe con mayor significancia el apoyo social material (por medio de albergue y residencia), emocional (por medio de expresiones de afecto y protección) e informacional (consejos, guía y valores); lo que permite que la población desarrolle características resilientes.

Martínez, Fernández, González, Ávila, Lorenzo, Vázquez (2019) realizaron una investigación descriptiva de tipo mixta secuencial acerca del apoyo social y la resiliencia en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. Su objetivo se relacionaba con analizar cómo se relacionaban ambas variables. Evaluaron a 67 cuidadores que asistían a un servicio de tratamiento en un hospital de Cuba, por medio de los instrumentos: Cuestionario de variables sociodemográficas, el Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11 y la Escala reducida de Resiliencia Connor-Davidson. Hallaron que la red de apoyo percibida principalmente era la familia a través del apoyo que brindan de forma incondicional, así también encontraron niveles intermedios y altos de resiliencia manifestados en variables como optimismo, sentido del humor y relaciones sociales. Tanto la resiliencia como el

apoyo social son factores protectores, los cuales posibilitaban que el estrés del cuidador disminuya.

Serra (2017) efectuó un estudio descriptivo correlacional, entre la resiliencia y el apoyo social en los cuidadores de personas con demencia. Su objetivo principal fue hallar la relación entre los factores del cuidador como del enfermo y el consecuente maltrato a adultos mayores con demencia. Se evaluaron mediante protocolos estandarizados y el Caregiver Abuse Screen (CASE) a 326 cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo y alteraciones de conducta. Los resultados mostraron que estas variables sumadas a numerosas horas de cuidado e inadecuada relación provocarían mayor probabilidad de sufrir maltrato. Así también concluyeron que la resiliencia y apoyo social actuarían como factores protectores y preventivos ante el maltrato.

Santibañez (2014) desarrolló una investigación descriptiva describiendo la resiliencia en las personas sin hogar en un Municipio de España. Su propósito fue reconocer la situación psicosocial de dicha población y cómo se manifiestan sus rasgos resilientes. Estuvo dirigido a 19 personas entre 45 a 64 años, calificadas como sinhogarismo o que habitaban en viviendas inadecuadas. Se utilizó un protocolo de entrevista estructurado con el objetivo de reconocer su situación psicosocial y sus rasgos resilientes. Se halló que el 78.9 % tuvo un nivel bajo en resiliencia.

Sitges y Tirado (2007) desarrollaron un estudio correlacional entre la resiliencia, el apoyo social y la autoeficacia en el envejecimiento. Tuvieron como objetivo hallar las propiedades psicométricas de "Escala indicador de resiliencia".

Evaluaron a 85 adultos mayores asistentes a un programa de una universidad ubicada en España. Concluyeron tenía consistencia adecuada; otro objetivo fue hallar la relación entre los 3 constructos mencionados, sin embargo, al hallar puntuaciones bajas señalaron que la población evaluada no fue adecuada puesto que no experimentaron una situación considerada como “traumática”.

### **1.2.2. Investigación Nacional**

Pérez (2021) realizó una investigación correlacional entre la salud mental y la resiliencia en un grupo de 98 adultos mayores pertenecientes y no a un Centro del Adulto Mayor (CAM) de la ciudad de Lima quienes se encontraban en un rango de 60-89 años. Utilizó dos instrumentos, el Inventario de Salud Mental (MHI-P) y la Escala de Factores Protectores de la Resiliencia (SPF). Halló una correlación directa entre ambas variables ( $r = .62$ ); en cuanto a los resultados de sus dimensiones, hallaron que el indicador global de la resiliencia se correlaciona directamente con el bienestar psicológico y afecto general positivo. Pero de forma inversa con indicadores como ansiedad, depresión, desesperanza e impulsividad.

Sialer (2021) realizó una investigación descriptivo correlacional, en la que relacionó la resiliencia y calidad de vida en 80 adultos mayores de un centro de Chiclayo quienes se encontraban en estado de abandono. Encontró según la prueba Gamma una correlación positiva entre ambas variables ,387. Asimismo halló relaciones significativas ( $p < 0.01$ ), entre las dimensiones de resiliencia: confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal y sentirse bien solo junto al índice de calidad de vida.

Canazas, Díaz y Ladid (2020) realizaron una investigación entre el apoyo social percibido y la resiliencia de tipo no experimental, transversal y correlacional en la ciudad de Puno. Evaluaron a 282 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria quienes estaban en estado de vulnerabilidad al presentar analfabetismo, deserción escolar, problemas conductuales y embarazo adolescente. Utilizaron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido: hallaron una relación positiva entre las variables. La primera escala obtuvo un nivel de confiabilidad de .824 según Alfa de Cronbach Así también resultó que la población se ubicaba en un nivel medio de apoyo social y resiliencia. Finalmente se encontró una correlación positiva entre ambas variables ( $r=0.148$ ;  $p<0.05$ )

Soza (2020) realizó un estudio del apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida de tipo correlacional en 82 adultos mayores que frecuentaban un centro de salud en Chiclayo. Su objetivo era determinar la relación entre estas 3 variables. A través de la utilización de tres instrumentos psicométricos: El cuestionario de apoyo social de Moss, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Calidad de Vida. Se halló que el apoyo social y la resiliencia se relaciona con la calidad de vida significativamente (0.632).

Quispe (2019) realizó un estudio de la Resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida del adulto mayor del distrito de Santa Anita; la investigación fue de tipo correlacional. Mediante la evaluación de 115 adultos mayores a través de tres instrumentos psicométricos: la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) y la Escala de Satisfacción con la



Vida de Diener. Halló que las variables se relacionan significativamente ( $p < .01$ ), formando una correlación positiva moderada; en tanto a la resiliencia y satisfacción de vida se halló una correlación de .437 y el apoyo social con satisfacción de vida se halló una correlación de .645. Se concluyó que el apoyo social y familiar en la vejez conllevan a la percepción de la satisfacción de vida.

Merino (2018) desarrolló una investigación referente a la Resiliencia y apoyo social en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Chiclayo; ésta fue de tipo correlacional. Estuvo dirigido a 85 pacientes oncológicos, conformado en su mayoría por adultos mayores. Se encontró que el 78 % tuvo un nivel de resiliencia alto y el 92.2 % un nivel de apoyo percibido elevado. Hallaron que entre ambas variables existió una relación positiva calificada como débil; por un lado, la dimensión de confianza en sí mismo perteneciente a la resiliencia no se relaciona con el apoyo social ( $p > .05$ ). Mientras que sí se encontró una relación positiva entre la dimensión de ecuanimidad con apoyo social ( $p < 0.05$ ). No se encontraron relaciones entre la perseverancia, satisfacción personal y sentirse bien solo con el apoyo social ( $p > .05$ ).

Villalobos (2015) realizó una investigación descriptiva del apoyo social en los adultos mayores pertenecientes a un centro de salud de Chiclayo. Se aplicó el Cuestionario de Apoyo Social de Moss a 100 adultos mayores. Obtuvo un nivel bajo en general; hallaron un nivel medio en el apoyo instrumental y bajo en apoyo emocional, afectivo e interacción social.

Baca (2013) realizó un estudio entre la Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos asistentes en un hospital de la ciudad de Trujillo. La

investigación fue de tipo correlacional y transversal. Evaluó a 100 pacientes mayores de edad que acudieron a los servicios del establecimiento. Halló que existe una relación directa entre estas variables, la correlación fue significativa y alta ( $r=.354.$ ;  $p<.01$ ) encontró también que el nivel de resiliencia variaba según el grado de instrucción y el apoyo social difería según el tipo de cáncer diagnosticado.

### **1.3. Planteamiento del problema**

Todos los seres vivos estamos destinados a envejecer, en los últimos años y tras una pandemia mundial se reconoce que mientras más años cumpla una persona, es visto como un éxito o incluso como el resultado de la supervivencia. La manera en la que cada persona podrá llegar a esta etapa dependerá de diferentes factores como el género, nivel de ingresos, empleo anterior, condiciones de salud, redes de apoyo y entre otros.

Se reconoce que el envejecimiento no solo es físico, sino también mental puesto que se visualiza esta etapa como el auge de los conocimientos y experiencias vividas. A pesar de ello, la sociedad continúa estigmatizando su condición, tendiendo a limitar y aislar a esta población hasta de alguna forma invisibilizarlos.

En el mundo la población adulta mayor es significativamente superior a la población infantil y según pronostica la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2014) para el 2030 se duplicará. Como se plantea, aproximadamente el 65 % de esta población residirá en países de ingresos bajos y medianos. Desde ya hace varios años los expertos pronosticaban este cambio en nuestra pirámide poblacional, inclusive hoy en día se puede observar con mayor

énfasis en países desarrollados como los europeos o asiáticos. Como bien es sabido, debido a los deterioros propios de esta etapa el garantizarles calidad de vida se convierte en un reto para las sociedades.

En América Latina la llamada “cuarta edad”, es decir personas de 75 años a más, tuvo un crecimiento significativo de casi 10 millones en los años 1950 y 2000. Mientras que se espera que para los años 2025 y 2050 llegue a 62 millones. Su tasa de crecimiento es superior a cualquiera de los demás grupos etarios existentes, incluso logrará superar a la población adolescente y joven (CEPAL, 2021). Según refiere la institución, este aumento también conlleva a “expresiones de cambio social” como la desvinculación laboral y la pérdida de la salud por lo que su calidad de vida puede verse afectada. En relación a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que en América Latina y el Caribe, el 23 % de la población adulta mayor que requería cuidados aumentó entre los años 2000 y 2010; mientras que se pronosticó un aumento al 47 % en los próximos 10 años. Los cuales según su análisis estarán sujetos a fuentes externas como a la familia, puesto que el rol de la mujer como cuidadora se ha visto decaído debido a su inserción laboral. Según se refiere, los países latinoamericanos serían más afectados por dicho crecimiento debido a la incapacidad por cubrir los sistemas de cuidado y protección; es considerado como “un problema moderno” que demanda de servicios públicos especializados. Para Bazo (2001, citado por Sanchez-González y Egea-Jiménez, 2011) dentro de la población adulta mayor que se encontraría en mayor riesgo, son quienes padecen pobreza, dependencia y aislamiento.

En el Perú como señala el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020) residen más de cuatro millones de adultos mayores, lo que conforma el 12.7 % de la población; el 52.4 % serían mujeres y el 47.6 % hombres; además, se sabe que el 43.9 % de hogares viven con un adulto mayor. En tanto a su nivel educativo, se encuentra que el 36.8 % estudió primaria, mientras que el 26.8 % alcanzó la secundaria, el 23.0 % educación superior y el 13.4 % no logró estudiar.

Reconociendo las cifras anteriormente mencionadas, es importante resaltar su estado de riesgo constante; una de las demostraciones más significativas de ello se muestra en la problemática social de la situación de calle. Grandon, et. al (2018) argumenta que está relacionada con procesos de exclusión, desvinculación social y vulnerabilidad; que tienden a causar el rechazo de la sociedad (Fuentes-Reyes y Flores, 2016). Esta se concibe perjudicial para la salud física y mental de miles de personas en el Perú, en especial cuando de quien se trata es de adultos mayores puesto que sus posibilidades de recuperación se vuelven escasas. Se encuentra vinculada estrechamente con la pobreza extrema, con un nivel educativo bajo, migración, consumo de drogas, enfermedades mentales, entre otras dificultades. A la fecha no se cuenta con estadísticas nacionales que estimen a los peruanos que se encuentran en esta situación; así también las políticas públicas son escasas en el sector. De hecho, como muchas problemáticas sociales, los gobiernos suelen tener un enfoque muy asistencialista, donde se tiende a las consecuencias y no a las causas (Ávila, 2022). En definitiva, esto genera inclusive una gran inversión pública a mediano plazo. Ante lo cual, es importante referir que la atención, protección y garantización de la seguridad del adulto mayor se encuentra

contemplada por la ley N° 30490; que a su vez tiene como fin absoluto “mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la nación” (El Peruano, 2022). Parte de esta ley se concentra en establecer órganos rectores que velen por esta población como lo es el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables que por múltiples acciones coordina con gobiernos, entidades y sociedad civil el cuidado y el cumplimiento de los derechos del adulto mayor. Se reconoce que cuando no se logra cubrir por sí mismo las necesidades básicas se atenta contra sus derechos humanos y no cuenta con redes de soporte que puedan velar por su bienestar, tienden a caer en situaciones de vulnerabilidad extrema y en algunos casos en mendicidad como es la población que se presenta en esta investigación. Por lo mencionado, el MIMP les brinda apoyo a través de Centros Integrales de atención al adulto mayor (CIAM) o en Centros de atención para personas adultas mayores; a través de los cuales con apoyo de un equipo multidisciplinario se les brinda servicios que mejoren su calidad de vida.

Durante el periodo de marzo a junio, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2020) atendió a 338 adultos mayores en situación de calle y mendicidad en la capital; cifra que refleja la urgencia que tiene el enfocar la atención hacia este sector poblacional, con frecuencia poco estudiado. Estas personas han sido consideradas por mucho tiempo como el último eslabón de la sociedad, se les nombra en muchas ocasiones como “los invisibles”, “los olvidados” (Moquillaza-Risco, León, Dongo, Munayco, 2015). Para llegar a su estado, ellos han experimentado diferentes situaciones problemáticas, lo que se ha comprobado en diferentes estudios y por relatos de los mismos albergados del centro a evaluar;

como vínculos familiares disfuncionales, abuso de sustancias, pérdidas de trabajo, padecimiento de enfermedades, etc. Hechos que se considera vulnerabilizan significativamente a la persona o como manifiesta Osorio (2017) afirman una “vulnerabilidad condicionada”, por lo que la institucionalización como respuesta ante esta escasez de protección o sostén socio emocional es de suma importancia; al mismo tiempo permiten que se desarrolle una capacidad: la resiliencia, una variable oportuna a investigar debido a que ésta se concibe como un factor que posibilita se desarrollen los recursos y cualidades necesarias ante los acontecimientos estresantes. Aunado a esto, se deberá tener en cuenta que también la misma institucionalización del adulto mayor puede llegar a concebirse como un factor estresante como se mencionaba en líneas anteriores, debido a la demanda de adaptación a nuevas rutinas, sentimiento de soledad, dificultad en convivencia, falta de afecto e incluso la interacción misma con los trabajadores que se le asisten (Delgado, 2001 citado en Cruz, 2015). De hecho, la institucionalización suele ser una decisión que la familia toma en cuenta cuando no logra hacerse cargo de las necesidades de su familiar y cuando la sociedad no cumple las demandas o asistencia de un adulto mayor. Investigaciones como las de Guevara-Peña (2016) señalan que, desde los inicios, las instituciones fueron creadas en favor de las personas sin hogar y que la principal dificultad se relaciona con la adaptación. Las condiciones de vivienda anteriores de estas personas, su estilo de vida o su estado de salud se considera de alto riesgo; esta población tiende a experimentar culpa frente a su propia existencia, tristeza y sensación de abandono en un ambiente caótico e inseguro como lo es la calle. Al iniciar el proceso de adaptación de la

persona a la institucionalización, se da una respuesta negativa en consideración a que “Genera ruptura en las relaciones sociales con el mundo exterior, instaure una barrera para acceder al mismo” (Guevara-Peña, 2016). La imposibilidad de realizar actividades cotidianas dentro de un nuevo hogar les genera malestar, sumado a que ahora deberán adaptarse a las normas y rutinas de la institución que en su mayoría carecen de cambios y son más bien monótonas lo que contrapone su noción de “libertad” y un ambiente desestructurado que primaba en las calles.

Con respecto a la institución a estudiar, está dirigida justamente a esta población como respuesta ante el reconocimiento de que se encontraban significativamente expuestos ante la pandemia del COVID-19; sin embargo, posterior al estado de emergencia, se corroboró que sus necesidades no han sido atendidas por muchos años, por lo que se convirtió en un centro permanente que tendría por misión cubrir sus necesidades de vivienda, alimentación, salud y talleres que les permitieran la reinserción laboral y social (Beneficencia de Lima, 2021). Esta población sería considerada como “indigentes institucionalizados” (Zepeda, 2005). Ante estas acciones, se ha observado la frecuencia en que se manifiestan problemas conductuales relacionadas a la oposición a normas, rechazo, rebeldía, dificultades en convivencia, entre otras. Empero, el personal del centro a investigar, realiza grandes esfuerzos por procurar que cada albergado pueda tener una vida de calidad. Como lo manifiesta Regalado (2017) es esperado que expresen problemáticas relacionadas, así también culpa, ira, estrés, tristeza, vergüenza, entre otras. También en cumplimiento a lo que Hernández (2007) mencionaría como “la

ley del más fuerte”, donde prima la agresión para sobrevivir o defenderse ante el contexto hostil en el que residieron.

Ante todo lo expuesto, será relevante estudiar por un lado la resiliencia, que como bien lo mencionaba Cyrulnik (2014) independientemente a la edad, la persona tiene oportunidad para resignificar su vida y salir transformado de eventos difíciles, pero que en definitiva requerirá del medio contextual para encontrar el equilibrio y bienestar. Es decir, contar con la segunda variable a estudiar, el apoyo social; ello debido al reconocimiento de que este grupo requiere de ayuda para poder reinsertarse en la comunidad o tener una vida de calidad. El relacionar estas dos variables permitirá hallar si las acciones que vienen tomando, posibilitan una mejoría en el albergado e incrementar las investigaciones sobre esta problemática social. Así también el sumar investigaciones sobre esta población poco estudiada con el fin de que permita acciones para la prevención e intervención correspondiente para cumplir con los derechos humanos, justicia social y envejecimiento activo.

En base a ello, se formula la siguiente pregunta:

*¿Cuál es la relación que existe entre el apoyo social percibido y la resiliencia en los adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana?*



## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

- Establecer la relación que existe entre la resiliencia y el apoyo social en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

### **1.4.2. Objetivo específico**

1. Relacionar el componente de apoyo informacional y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.
2. Relacionar el componente de apoyo afectivo y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.
3. Relacionar el componente de apoyo instrumental y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.
4. Comparar los componentes de la resiliencia según nivel educativo alcanzado en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.
5. Comparar los componentes del apoyo social según nivel educativo alcanzado en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

## **1.5. Hipótesis**

### **1.5.1. Hipótesis general**

- Existe una relación significativa entre la resiliencia y el apoyo social en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

### **1.5.2. Hipótesis específica**

**H1.** Existe relación significativa entre el componente de apoyo informacional y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

**H2.** Existe relación significativa entre el componente de apoyo afectivo y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

**H3.** Existe relación significativa entre el apoyo instrumental y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

**H4.** Existe diferencia significativa entre los componentes de la resiliencia según nivel educativo alcanzado en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

**H5.** Existe diferencia significativa entre los componentes del apoyo social percibido según nivel educativo alcanzado en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

## 1.6. Definiciones operacionales de términos importantes

**Resiliencia:** “La capacidad que el individuo tiene para enfrentar con éxito la adversidad y la fuerza flexible que permite resistir y rehacerse después de una condición adversa.” (Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [UNICEF], 2017, p.8).

**Apoyo social:** “Se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social (...) ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones” (Barra, 2004, p. 238)

**Institucionalización:** “Se entiende como la práctica que implica el ingreso a un espacio de cuidado, ya sea público o privado (de forma voluntaria o no), donde son profesionales de la salud, del área psicosocial, u otras personas particulares, los que se encargan de atender y cuidar a personas mayores, que por su condición económica, ausencia o descuido familiar, problemas de salud, vulneración de derechos, etc., han ingresado a espacios de este tipo, generando además, fuertes impactos y rupturas en la cotidianidad” (Guevara-Peña, 2016, p. 145)

**Personas en situación de calle:** “Son sujetos vulnerados en uno o más derechos,

tales como salud, educación, vivienda, trabajo o justicia, que se ven enfrentados a tener que resolver sus temas de habitabilidad en lugares que no

constituyen una vivienda. Esto pueden ser espacios públicos, como plazas, calles, salidas de hospitales; o dentro de la oferta de hospederías o albergues que tienen organizaciones del sector público o privado” (Fundación Gente de Calle, 2021, párr.1)

## **1.7. Importancia y delimitaciones de la investigación**

### **1.7.1. Importancia**

La importancia de la investigación que se desarrolla, a nivel teórico, radica en que el estudio de la población de adultos mayores institucionalizados que estuvieron en situación de calle son escasos, en tanto a que la propuesta de su atención es una medida novedosa sobre todo en el contexto nacional. El análisis de la relación entre las variables resiliencia y apoyo social son imprescindibles para medir objetivamente su posibilidad de adquirir vida digna nuevamente. Como aporte metodológico, la utilización de la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993; adaptación por Novella, 2002) y el Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Steward, 1991; adaptación por Baca, 2015) permiten validar su aplicación en poblaciones que compartan características similares y así continuar promoviendo la investigación en instituciones que atiendan a adultos mayores.

A nivel social, se reconoce el crecimiento sociodemográfico de los adultos mayores, así como el aumento de la pobreza como consecuencia a las crisis del presente siglo. Ante el reconocimiento de la vulnerabilidad de dicha población y el riesgo de su desvinculación social por sus características, se hace imperativo el descubrimiento de los aspectos que les serían útiles trabajar.

Finalmente, a nivel práctico los resultados específicos permitirán a la institución reconocer si su objetivo o misión de promover la reinserción familiar, social y laboral se viene cumpliendo exitosamente. Cabe resaltar que también permitirá promover la resiliencia y el apoyo social en las diferentes actividades que realice el centro a través de programas de intervención.

### **1.7.2. Limitaciones**

*Limitaciones hacia la generalización:* Las limitaciones radican en primera instancia en la generalización de resultados debido a la cantidad ligeramente reducida de la muestra; se establece que podrán ser generalizados siempre y cuando se consideren sus características específicas así que como lo refieren Hernández, Fernández y Baptista (2014).

*Limitaciones de comunicación con la muestra:* Ello está relacionado con la dificultad para la evaluación de parte de los adultos mayores debido a sus condiciones de salud física como secuelas de accidentes cerebro vasculares y su limitación al comunicarse o trasladarse; así como en su salud mental, al contar con diagnósticos como esquizofrenia paranoide y demencia.

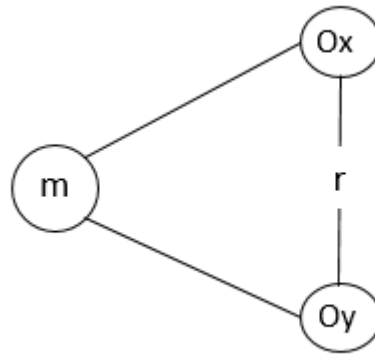
## CAPÍTULO II: MÉTODO

### 2.1 Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio pertenece a una investigación descriptiva, su tipo es no experimental, considerada por su finalidad como básica. En tanto a que como refieren Hernández, Fernández y Baptista (2014) no se manipulan las variables y no se les pretende cambiar intencionalmente. Sino más bien se observan cómo se comportan en las situaciones sin influir en estas.

Tiene un diseño correlacional, cuya finalidad es conocer cómo se relaciona o asocian dos variables dentro de un determinado contexto (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

#### Esquema:



Donde:

m: Muestra de la población (adultos mayores)

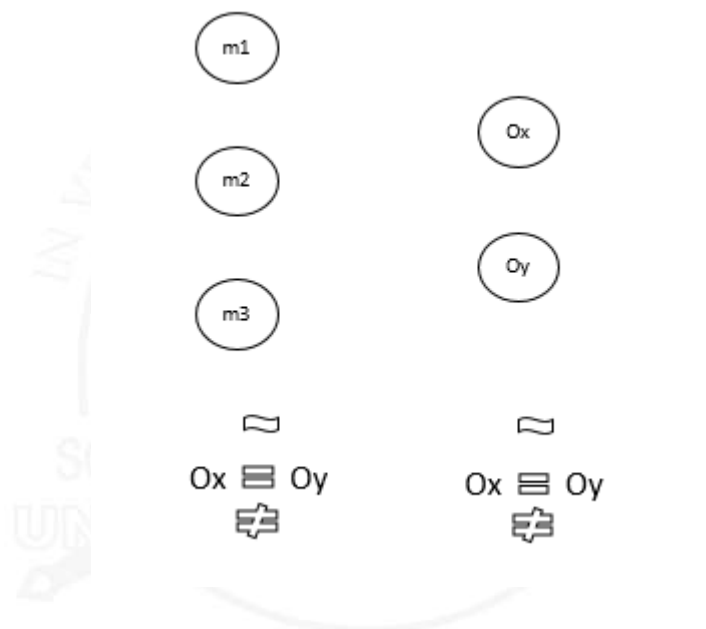
Ox: Medición de la variable X (Resiliencia)

Oy: Medición de la variable Y (Apoyo social percibido)

r: Coeficiente de correlación entre ambas variables

Asimismo, se tiene un diseño comparativo en el que se pretenden observar el comportamiento de las variables en tipos de muestras (Vento, 2014, diapositiva 3).

Esquema:



Donde:

M1: Muestra de la población (adultos mayores con estudios Primarios)

M2: Muestra de la población (adultos mayores con estudios Secundarios)

M3: Muestra de la población (adultos mayores con estudios Superiores o Técnicos)

Ox: Medición de la variable X (Resiliencia)

Oy: Medición de la variable Y (Apoyo social percibido)

Comparación entre las muestras que pueden ser semejantes (≈), iguales (=) o diferentes (≠)

## **2.2. Participantes**

En la presente investigación, la población fue constituida por adultos mayores varones cuyas edades abarcan desde 60 a 89 años. Ellos están albergados en el centro de atención que acoge a personas en situación de calle y está promovido por la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana.

### **2.2.1. Población**

La población conforma a adultos mayores que residieron en la institución mencionada durante el mes de junio del 2022. Como menciona Hernández-Sampieri (2014) la investigación será transparente siempre y cuando su población a estudiar sea correctamente delimitada. En base a ello, se establece:

#### **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores varones albergados durante los meses de mayo y junio del 2022.
- Persona de 60 a 80 años de edad.
- Procedentes de diferentes ciudades del Perú y provenientes del extranjero.
- Residen en el centro por un tiempo superior a los 3 meses.
- Encontrarse en estado de vulnerabilidad y sin redes sociales de soporte.

#### **Criterios de exclusión**

- Diagnosticados con un trastorno mental, con nivel de afectación moderado o severo.
- Problemas de salud que les impidan movilizarse o comunicarse.



### **2.2.2. Muestra**

Para el presente estudio se utilizó un muestreo de clase no probabilístico o dirigido, de tipo intencional que como establecen Hernández, Fernández y Baptista (2014), se seleccionan casos con propósito definido. De la misma forma, relacionadas con los objetivos del investigador.

En consideración a los criterios de inclusión anteriormente mencionados, se ha contado con la participación de 36 adultos mayores.

### **2.3. Materiales**

Para la presente investigación se han utilizado dos escalas psicométricas, ambas de opción múltiple. Una de las condiciones al considerarlas fue su extensión corta y de fácil entendimiento, en tanto a que la población a la que sería aplicada lo requeriría.

### 2.3.1. Escala de Resiliencia

Nombre original	Escala de Resiliencia (ER)
Autor (es)	Wagnild Gail M. y Young Heather M.
Adaptación peruana	Novella Angelina (2002)
Administración	Individual o colectivo
Duración	25 a 30 minutos en promedio
Nivel de aplicación	Adolescentes y adultos
Factores	Competencia personal; 17 ítems Aceptación de uno mismo y de la vida; 8 ítems
Dimensiones	Ecuanimidad Perseverancia Confianza en sí mismo Satisfacción personal Sentirse bien solo
Ítems	25 ítems con siete alternativas cada uno; donde 1 equivale a “estar en desacuerdo” y 7 equivale a “estar de acuerdo”

## Ficha técnica

### Matriz de Operacionalización de la variable

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young		
Dimensiones	Descripción	Ítems
<b>Satisfacción personal</b>	La persona muestra comprensión frente al significado de su vida y la forma en la que contribuye en la misma.	16, 21, 22 y 25
<b>Ecuanimidad</b>	La persona mantiene una percepción equilibrada o balanceada de sí mismo y de los acontecimientos vitales; la persona asume las vicisitudes con tranquilidad.	7, 8, 11 y 12
<b>Sentirse bien solo</b>	La persona se siente cómoda consigo misma, reconociendo sus valores personales y autenticidad.	3, 5 y 19
<b>Confianza en sí mismo</b>	La persona se muestra confiada en sí, en sus capacidades y habilidades.	6, 9, 10, 13, 17, 18 y 24
<b>Perseverancia</b>	La persona tiende a persistir frente a las dificultades de la vida, enfocándose en obtener el logro y actuando con autodisciplina.	1, 2, 4, 14, 15, 20 y 23

### Validez y confiabilidad

Con respecto a los niveles de fiabilidad del instrumento, los autores Wagnild y Young en el año 1993 encontraron un puntaje de 0.85 luego de evaluar a una muestra de cuidadores de enfermos de la enfermedad degenerativa de Alzheimer. Posteriormente hallaron un puntaje de 0.86 y 0.85 en mujeres recién graduadas y 0.90 al evaluar a madres primerizas luego de dar a luz; asimismo obtuvieron 0.76 en albergados de instituciones públicas. Finalmente, por medio del método de la

consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach los autores obtuvieron un puntaje de 0.94.

Conforme a la adaptación al contexto Peruano, la Mg. Novella (2002) analizó psicométricamente la escala y utilizó el método alfa de Cronbach, obtuvo un nivel de consistencia interna global de 0.875 y correlaciones entre los ítems que abarcan los puntajes 0.18 a 0.63; se consideraron significativos al 0.01 de confianza a excepción del ítem 11. Así también Castilla et al. Validó la prueba con una muestra de 332 personas entre 17 y 64 años, mostrando correlaciones ítem-test significativas 0.01 y consistencia interna elevada .898.

### 2.3.1. Escala de Apoyo social percibido

#### Ficha técnica

Nombre original	El Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS)
Autor (es)	Sherbourne y Stewart (1991)
Adaptación peruana	Deyvi Baca (2016)
Administración	Individual o colectivo
Duración	25 a 30 minutos en promedio
Nivel de aplicación	A partir de los 18 años
Áreas	Apoyo social estructural; 1 ítem Apoyo social funcional; 19 ítems
Dimensiones	Apoyo informacional

	Apoyo afectivo
	Apoyo instrumental
Ítems	1 ítems para rellenar cantidad de red de apoyo
	19 con cinco alternativas cada uno: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre.

### **Validez y confiabilidad**

Los autores de la prueba encontraron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.97, considerado elevado. En tanto a los niveles de validez, en el contexto latinoamericano, los argentinos Rodríguez y Enrique (2007) hallaron mediante el índice de Kaiser-Meyer-Okin ( $KMO=.935$ ). Mientras que la confiabilidad se halló utilizando el coeficiente alpha de cronbach, donde se obtuvo un índice global de .919.; con respecto a los índices de los factores apoyo emocional, afectivo e instrumental hallaron índices de .896, .843 y .802 respectivamente. Mientras que el Mg. Deyvi Baca realizó un análisis psicométrico del instrumento con pacientes diagnosticados de cáncer en el que halló niveles de confiabilidad de .935 a través del coeficiente Alfa de Cronbach.

## Matriz de Operacionalización de la variable

Es importante señalar que los autores Sherbourne y Stewart (1991) al crear el Cuestionario Mos de Apoyo Social Percibido establecieron un modelo multidimensional en el que se encuentra el apoyo emocional, instrumental, informativo, valoración y compañerismo. Sin embargo, para el presente estudio se consideraron los hallazgos del Mg. Baca (2016) en tanto al análisis factorial en el que describe solo 3 factores: informacional, afectivo e instrumental. Los mismos que han demostrado su confiabilidad y validez en población similar a la muestra de la investigación. Así como las clasificaciones de autores que han estudiado acerca dicha clasificación como lo son Barrón (1996) y Schaefer et. al. (1981), así lo refiere Rodríguez y Enrique (2007).

<b>Escala de Apoyo social de Sherbourne y Stewart</b>			
<b>Dimensiones</b>	<b>Factor</b>	<b>Descripción</b>	<b>Items</b>
Apoyo Estructural		Tamaño de la red de apoyo	1
	Factor 1: Apoyo informacional	Comprensión empática y obtención de consejos u orientación.	3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17 y 19
Apoyo Funcional	Factor 2: Apoyo afectivo	Expresión de sentimientos y satisfacción de necesidades socio emocionales	6, 10, 11, 12, 15 y 20
	Factor 3: Apoyo instrumental	Búsqueda y provisión de ayuda material	2, 5, 7 y 18

### 2.3. Procedimiento

A continuación, se detallan los pasos que se establecieron para cumplir con la investigación:

- Se estableció el tema de investigación considerando su viabilidad y el cumplimiento de los estándares institucionales.
- Se solicitó el permiso a la institución: Beneficencia de Lima Metropolitana para realizar la investigación explicando los objetivos y beneficios de los resultados.
- Se solicitaron los permisos correspondientes a los autores de las pruebas quienes las estandarizaron a el contexto peruano considerando los principios éticos.
- Se presentó el proyecto de tesis ante la escuela de Psicología con el fin de obtener la aprobación del tema y designación del asesor correspondiente.
- Se coordinó con el director del centro (perteneciente a la institución de la Beneficencia de Lima), las fechas de aplicación de las pruebas.
- Se aplicaron los instrumentos de Resiliencia y Apoyo Social Percibido durante tres días consecutivas a cada adulto mayor albergado que cumplió con los criterios de inclusión de la investigación. Asimismo, se consideró un consentimiento informado según las normas éticas de investigación.
- Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel, en el que se vaciaron todas las respuestas obtenidas. Asimismo, se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25 con el fin de realizar el análisis de datos propicio.
- Finalmente, se realizaron cuadros específicos que permitieron analizar los resultados obtenidos.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se proceden a exponer los hallazgos relacionados a las características de la población estudiada; así como los resultados correspondientes a los Cuestionarios de Resiliencia y a la Escala de Apoyo Social Percibido. Al respecto, se mostrarán las características de la población, los análisis descriptivos, así como los resultados de la inferencia estadística. Finalmente, un apartado adicional que muestran los resultados de las comparaciones al dividir a la muestra en dos grupos.

#### 3.1 Características de la población

Se aprecia que la población de adultos mayores se encuentra por encima de la edad de 60 años. Como se visualiza en la Tabla 1 el grupo etario de mayor predominancia se encuentra entre el rango de 70 a 75 años; mientras que el de menor frecuencia el de 75 a 80 años.

**Tabla 1**  
*Frecuencias de los participantes, según edad*

<b>Grupo de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
60 a 65 años	6	17%
65 a 70 años	8	22%
70 a 75 años	13	36%
75 a 80 años	4	11%
80 a 90 años	5	14%
Total	36	100%

En relación a el nivel educativo, como se muestra en la Tabla 2, se halló que la mayor parte de la población, es decir el 50 % alcanzó el nivel superior y



técnico. Es importante señalar que se presentó una diferencia mínima entre el nivel primaria y secundaria, sin embargo el que predominó fue el nivel superior y técnico.

**Tabla 2**

*Frecuencias de los participantes, según nivel educativo*

<b>Grado de instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	8	22%
Secundaria	10	28%
Superior y técnico	18	50%
Total	36	100%

### 3.2. Estadísticas descriptivas de las variables

En este punto se presenta los datos descriptivos básicos obtenidos en cada variable de estudio, es decir el puntaje mínimo, el puntaje máximo, la media, la desviación estándar y la varianza.

**Tabla 3.**

*Resultados descriptivos de la variable Apoyo Social*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>
Apoyo informacional	36	13	45	26,00	7,286
Apoyo afectivo	36	9	29	16,89	4,295
Apoyo instrumental	36	5	19	13,28	3,669

En la tabla 3, se aprecia una tabla de doble entrada, en la que se muestran las dimensiones de la variable Apoyo Social, así como los datos referentes a la estadística descriptiva de las dimensiones correspondientes a la misma como lo son los puntajes, mínimo, máximo, la media y la desviación estándar.

Ante ello, se muestra que el puntaje mínimo se refleja en la dimensión nombrada como Apoyo instrumental (5). Mientras que el puntaje máximo se refleja en la dimensión Apoyo informacional (45). Asimismo, en la Media se puede notar un mayor resultado en la dimensión de Apoyo Instrumental (M:26,00) y el menor puntaje se obtuvo en la dimensión de Apoyo informacional (M: 13,28). Finalmente, se halla que, en cuanto a la desviación estándar, el coeficiente mayor está en el Apoyo informacional (D.E.: 7.286) mientras que el coeficiente menor se encuentra en la dimensión Apoyo instrumental (D.E.: 3,669).

**Tabla 4.**  
*Resultados descriptivos de variable Resiliencia*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>
Satisfacción Personal	36	8	28	21,86	5,447
Ecuanimidad	36	6	26	20,08	5,521
Sentirse bien solo.	36	9	21	16,83	3,342
Confianza en sí mismo	36	12	49	39,39	8,100
Perseverancia.	36	16	48	38,14	7,639

Se expone también en la Tabla 4 un cuadro de doble entrada, en el que se reflejan las dimensiones de la variable Resiliencia y los resultados de sus dimensiones basados en la estadística descriptiva.

Con respecto al menor puntaje mínimo se refleja en la dimensión nombrada como Ecuanimidad (6). Mientras que el puntaje máximo se refleja en la dimensión Confianza (49). Asimismo, en la Media se puede notar un mayor resultado en la dimensión de Confianza (M:39,39) y el menor puntaje se obtuvo en la dimensión de Sentirse bien solo (M: 16,83).

### 3.3. Inferencia estadística

Primero se procederá a presentar los resultados del análisis de la distribución normal de los datos, con el cual se seleccionaron los estadísticos más apropiados para responder a las hipótesis planteadas en el presente estudio.

#### 3.3.1. Análisis de normalidad

**Tabla 5**

*Resultado de la prueba de normalidad de las variables Apoyo social percibido y Resiliencia*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
<b>Variable Apoyo Social</b>			
Apoyo informacional	,977	36	,628
Apoyo afectivo	,960	36	,219
Apoyo instrumental	,935	36	<b>,035</b>
<b>Variable Resiliencia</b>			
Satisfacción personal	,864	36	<b>,000</b>
Ecuanimidad	,881	36	<b>,001</b>
Sentirse bien solo.	,920	36	<b>,013</b>
Confianza en si mismo	,875	36	<b>,001</b>
Perseverancia.	,840	36	<b>,000</b>

P: < 0,05 hay diferencia significativa

Se aplicó el análisis de normalidad con la prueba de Shapiro Wilks (S-W), por ser considerada una prueba apropiada para el número de la muestra. Como se observa en la Tabla 5, la mayoría de los datos obtenidos revelan que no existen evidencias suficientes que demuestren una distribución normal de las puntuaciones a nivel de la muestra en ambas variables estudiadas, motivo por el cual se aplicó la estadística no paramétrica, que en este caso se considera apropiado trabajar con el estadístico de correlación de Spearman.

**Tabla 6**  
*Correlación entre Resiliencia y Apoyo social percibido*

		Total Apoyo Social
Total Resiliencia	Rho de Spearman	<b>,172</b>
	Sig. (bilateral)	,315
	N	36

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

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

Acerca de la hipótesis general establecida “Existe una relación significativa entre la resiliencia y el apoyo social en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana”. Se acepta parcialmente en tanto a que se obtuvo una correlación débil y no significativa, lo cual está por encima de  $p < 0.05$ .

**Tabla 7***Correlación entre Resiliencia y Apoyo informacional*

		Satisf.Pers	Ecuanim	Sent bien s.	Confianza	Perseveran.
Apoyo informacional	Coeficiente de correlación	,079	,127	,116	,221	,539**
	Sig. (bilateral)	,647	,459	,502	,195	,001
	N	36	36	36	36	36

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

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

Con respecto a la hipótesis específica planteada (H1) “Existe relación significativa entre el componente de apoyo informacional y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.” Se puede observar que la dimensión de Apoyo informacional se relaciona de una forma débil y no significativa con la mayoría de las dimensiones de la Resiliencia. A excepción de la dimensión Perseverancia donde se encontró un nivel de significancia alto al obtener un índice de ,001, lo cual está por debajo de  $p < 0.05$ .

**Tabla 8***Correlación entre Resiliencia y Apoyo afectivo*

		Satisf.Pers	Ecuanim	Sent bien s.	Confianza	Perseveran.
Apoyo afectivo	Coeficiente de correlación	,055	,037	,089	,148	,361*
	Sig. (bilateral)	,749	,830	,606	,388	,030
	N	36	36	36	36	36

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

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

En tanto a la hipótesis específica planteada (H2) “Existe relación significativa entre el componente de apoyo afectivo y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.” Se obtuvo que la dimensión de Apoyo afectivo se correlaciona de una forma débil y no significativa en la mayoría de las dimensiones de la resiliencia. A excepción de la dimensión Perseverancia donde se encontró un nivel de significancia moderado al obtener una puntuación de ,030 lo cual está por debajo de  $p < 0.05$ .

**Tabla 9**  
*Correlación entre Resiliencia y Apoyo instrumental*

		Satisf.Pers	Ecuanim	Sent bien s.	Confianz	Perseveran.
Apoyo instrumental	Coeficiente de correlación	-,120	,035	,125	,130	,282
	Sig. (bilateral)	,484	,839	,469	,448	,096
	N	36	36	36	36	36

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

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

Con respecto a la hipótesis planteada (H3) “Existe relación significativa entre el componente instrumental y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.” Se obtuvo que la dimensión Apoyo instrumental se relaciona de una forma no significativa con la mayoría de las dimensiones de la Resiliencia; a excepción de la dimensión Satisfacción personal que se relaciona con dirección negativa.

Conforme a la hipótesis específica (H4) “Existe diferencia significativa entre los componentes de la resiliencia según nivel educativo alcanzado en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.” Se obtuvieron los siguientes resultados expuestos en las tablas 9, 10 y 11.

**Tabla 10**

*Comparación de los factores de la resiliencia entre el Grupo 1 y el Grupo 2*

Factores	Grupo 1: Superior y técnico	Grupo 2: Secundaria	Z	Sig
	Rango prom	Rango prom		
Satisf.Pers	16,08	14,35	,610	,619
Ecuanim	16,75	13,00	,268	,286
Sent bien s.	16,30	13,90	,478	,502
Confianz	16,20	14,10	,537	,559
Perseveran.	16,45	13,60	,401	,422

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

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

En la Tabla 9, se exponen los resultados de las comparaciones de resiliencia entre el grupo 1 y 2. Se puede observar que las diferencias mostradas no son estadísticamente significativas en ninguno de los factores mostrados.

**Tabla 11***Comparación de los factores de la resiliencia entre el Grupo 1 y el Grupo 3*

Factores	Grupo 1: Superior y técnico	Grupo 3: Primaria	Z	Sig
	Rango prom	Rango prom		
Satisf.Pers	14,80	9,17	-1,594	,111
Ecuanim	14,25	11,00	-,921	,357
Sent bien s.	14,60	9,83	-1,349	,177
Confianz	14,53	10,08	-1,257	,209
Perseveran.	15,80	5,83	-2,809	,005*

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

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

En la Tabla 11, se exponen los resultados de las comparaciones de resiliencia entre el grupo 1 y 3. Se puede observar que las diferencias mostradas no son estadísticamente significativas en los factores mostrados, a excepción del factor Perseverancia ( $Z=-2,809$ ). Donde se muestra que el grupo 1 se favorece a comparación del grupo 3.

**Tabla 12***Comparación de los factores de la resiliencia entre el Grupo 2 y el Grupo 3*

Factores	Grupo 2: Secundaria	Grupo 3: Primaria	Z	Sig
	Rango prom	Rango prom		
Satisf.Pers	9,30	7,17	-,876	,381
Ecuanim	8,65	8,25	-,164	,870
Sent bien s.	9,15	7,42	-,714	,475
Confianz	9,35	7,08	-,927	,354
Perseveran.	10,20	5,67	-1,851	,064*

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

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



En la Tabla 12, se exponen los resultados de las comparaciones de resiliencia entre el grupo 2 y 3. Se puede observar que las diferencias mostradas no son estadísticamente significativas en los factores mostrados, a excepción del factor Perseverancia ( $Z=-1,851$ ). Donde se muestra que el grupo 2 se favorece significativamente a comparación del grupo 3.

En base a lo expuesto, se permite rechazar la hipótesis específica 4 al no encontrar diferencias significativas en la mayoría de los factores de la resiliencia (Satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza). Sin embargo, se establece la constante de que el factor perseverancia, muestra diferencias estadísticamente significativas favoreciendo a los grupos de mayor nivel educativo alcanzado.

En base a la hipótesis específica (**H5**) “Existe diferencia significativa entre los componentes del apoyo social percibido según nivel educativo alcanzado en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.” Se obtuvieron los siguientes resultados expuestos en las tablas 13, 14 y 15. En base a ello se optó por dividir los niveles educativos en 3 grupos, siendo: Grupo 1 (Superior y técnico), Grupo 2 (Secundaria) y Grupo 3 (Primaria).

**Tabla 13**

*Comparación de los factores del apoyo social percibido entre el Grupo 1 y el Grupo 2*

Factores	Grupo 1: Superior y técnico	Grupo 2: Secundaria	Z	Sig
	Rango prom	Rango prom		
Informacional	17,73	11,05	-1,964	,050*
Afectivo	16,03	14,45	-,464	,643
Instrumental	18,23	10,05	-2,412	,016*

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

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

En la tabla 13, se observa que existen diferencias significativas en el factor informacional correspondiente al apoyo social percibido. En donde, el grupo 1 se encuentra favorecido frente al grupo 2 ( $Z = -1,964$ ). Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas en el factor apoyo afectivo ( $Z = -,464$ ). No obstante, sí se perciben diferencias en el factor de apoyo instrumental, donde el grupo 1 obtiene mayor puntaje.

**Tabla 14**

*Comparación de los factores del apoyo social percibido entre el Grupo 1 y el Grupo 3*

Factores	Grupo 1: Superior y técnico	Grupo 3: Primaria	Z	Sig
	Rango prom	Rango prom		
Informacional	16,28	4,25	-3,387	,001*
Afectivo	15,00	8,50	-1,836	,066
Instrumental	15,40	7,17	-2,329	,020*

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

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

En la Tabla 14 se evidencia que hay diferencias significativas en el factor apoyo informacional, donde el grupo 1 se ve favorecido frente al grupo 3. Empero, no se encontraron diferencias en el factor afectivo. Sin embargo, sí se encontraron diferencias en el factor apoyo instrumental, siendo beneficiado el grupo 1.

**Tabla 15**

*Comparación de los factores del apoyo social percibido entre el Grupo 2 y el Grupo 3.*

Factores	Grupo	Grupo	Z	Sig
	2: Secundaria	3: Primaria		
	Rango prom	Rango prom		
Informacional	9,50	6,83	-1,089	,276
Afectivo	9,55	6,75	-1,152	,249
Instrumental	8,25	8,92	-,273	,785

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

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

En la Tabla 15, se exponen los resultados de las comparaciones de los factores del apoyo social percibido entre el grupo 2 y 3. Se puede observar que las diferencias mostradas no son estadísticamente significativas.

En base a lo expuesto, se permite validar la hipótesis específica 5 al encontrar diferencias significativas en la mayoría de los factores como en el informacional e instrumental. Se establece la constante que los adultos mayores que alcanzaron un mayor nivel educativo obtienen mayores puntuaciones frente a quienes tuvieron un nivel bajo. Sin embargo, se muestra que no hay diferencias significativas en el factor afectivo puesto que éste no se ve afectado.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

En la presente investigación, se da a conocer la relación entre el apoyo social percibido y la resiliencia en los adultos mayores albergados en una institución de Lima Metropolitana que acoge a personas en situación de calle. Las personas evaluadas son consideradas como indigentes institucionalizados que no poseen redes de apoyo o con capacidad para mostrarse independientes (Zepeda, 2015). Las problemáticas encontradas en el presente estudio estuvieron enfocadas en las dificultades socioemocionales de esta población, los retos o limitaciones propias de esta etapa de desarrollo, la desvinculación o quiebre con redes de apoyo y las escasas políticas de protección o un enfoque de atención que tiende a ser muy asistencialista. Por lo que la resiliencia, capacidad innata del humano por sobrellevar y ser transformados ante hechos de carácter traumático, independientemente de una condición etaria, cultural, de género, etc., se utilizó como eje para referir a esta población (Uriarte, 2013). Aunado al apoyo social percibido, un sentimiento o cualidad por la cual podrían ser ayudados dentro de la institución en la que residen (Di Iorio, Seidmann y Rigueiral, 2019).

Se estableció como hipótesis general, encontrar una relación significativa entre ambas variables; sin embargo, ésta se acepta de forma parcial en tanto que los niveles de correlación se denotaron débiles y no significativos (Tabla 6). Una de las explicaciones para este hallazgo se relaciona con los hechos que ha atravesado este grupo humano, que les han generado desconfianza y resignación ante el rechazo continuo del otro, que los llevó a un estado de desesperanza y desamparo en el que aprendieron que solo podrían valerse de sí mismos para sobrevivir (Di

lorio, Seidmann y Rigueiral, 2019). Ante lo que podría haber dificultad para ser auténticamente ayudados, teniendo en cuenta que la percepción evaluada ha sido la percibida y no la real (Barra, 2014).

Son diferentes los estudios que han obtenido resultados opuestos, es decir donde sí hubo una relación significativa entre ambas variables como los de Canazas, Díaz y Ladid (2020) quienes encontraron que estas variables se muestran como “efectos amortiguadores y protectores” frente a las adversidades (Barra, 2004) o como los hallazgos de Baca (2013) quien refirió la relación directa de ello en el contexto hospitalario de pacientes con cáncer, descubriendo que no existían diferencias entre estas, según grupo etario; empero en el adulto mayor se muestra el deterioro de la salud y el consecuente miedo a una muerte próxima. Es importante tomar en cuenta que el tipo de muestra investigado se diferencia en que la mayoría de estos adultos mayores han manifestado relaciones familiares disfuncionales o complejas las cuales provocan que sea más vulnerables por lo que tendrían que mostrar “estrategias de sobrevivencia” (Cid, Morales e Iriarte, 2020).

Como bien se sabe, la familia es un factor clave para afrontar cualquier tipo de problema; estudios como los de Martínez, Fernández, González, Ávila, Lorenzo, Vázquez (2019) afirman que es un “medio insustituible” para percibir apoyo social, puesto que tiende a cumplir con la necesidad afectiva de forma incondicional, tal como le refiere también Sialer (2021) quien apoya esta noción al referir que ésta se torna como un factor importante para tener calidad de vida junto a la adecuación de su entorno así como las expectativas de su propia vida.

Otro hallazgo relacionado a esto es sustentado por las teorías de Wagnild y Young (1993) quienes refirieron que la familia se muestra como un sector principal para el apoyo afectivo y de sostén informativo. Así también Villalobos (2015) encontró que el adulto mayor que no ha tenido satisfacción en su familia tenderá a experimentar tristeza, soledad, indefensión y sensación de fracaso; hallazgos que describirían de forma adecuada a la población estudiada.

Acerca de la resiliencia, se hallaron niveles máximos en las dimensiones como confianza en sí mismo y perseverancia (Tabla 4). Sobre ello Cano, Castañeda, Hernández, Pérez, Esquivel (2022) encontraron que, si el adulto mayor ha logrado tener relaciones sociales óptimas antes o durante una situación adversa, tendrán más posibilidad de desarrollar la resiliencia en base a la adaptación, optimismo, esperanza, apoyo y participación sociales. Estos hallazgos son relevantes, pues como manifiesta Cyrulnik (2014), el adulto mayor logrará resignificar el evento traumático a través de la narración, del compartir. Hecho contrario a lo que suele suceder en esta población que como bien se mencionó envejecen “puertas adentro” (Alves, 2013) y mantienen desconfianza en sus vínculos. En relación con esto, Pérez (2021) encontró una relación directa entre resiliencia y salud mental, refiriendo que el soporte social en instituciones como los Centro Adulto Mayor promueven que el bienestar aumente y emociones displacenteras como la angustia disminuyan debido a la promoción del sentido de pertenencia y la percepción de ayuda instrumental. Es importante referir que este hallazgo se contrapone a lo encontrado en la presente investigación debido a que dicha muestra asiste de forma esporádica y voluntaria a dichos centros, es decir

hay autonomía, distractibilidad y ocio; así como al fomentar la autoestima, evitar aislamiento o disminuir la creencia de ser “una carga” (Villalobos, 2015), mas no una necesidad imperativa de residir allí para sobrevivir de la calle. Sin embargo, se comparten hallazgos similares a los de Soza (2020) quien encontró niveles de resiliencia bajos puesto a que la muestra no enfrentaba sus estresores debido a escasas habilidades de afrontamiento, autoestima o emociones positivas. Así mismo será importante considerar la mención de Gonzalvo (2014, citado en Soza, 2020) quien refirió que los adultos mayores que residen en instituciones poseen menor resiliencia frente a quienes viven en sus hogares familiares.

Con respecto a la segunda variable, el apoyo social percibido, se hallaron puntajes máximos en el apoyo informacional a comparación de los demás (Tabla 3). Algunos evaluados manifestaban ello a través de la atención que recibían de psicología o de las monjas que asisten voluntariamente; empero, gran parte refería experimentar soledad o mostrarse reacios a contar o escuchar a otro debido a su suspicacia. Al respecto, la investigación de Cid, Morales e Iriarte (2020), quienes estudiaron a un grupo similar, pero de otro grupo etario: adolescentes en situación de calle, a quienes la Fundación a la que asistían tenían como objetivo “reconstruir” sus vínculos y disminuir las situaciones difíciles atravesadas para generar cambios en sus vidas. Encontraron que percibían el apoyo emocional a través de muestras de afecto y protección, el apoyo material a través del alojamiento, alimentación y servicios básicos, mientras que el apoyo informacional se dio a través de consejos, guías y valores.

A pesar de la relación no significativa encontrada en la presente investigación (Tabla 6), se muestra una excepción o constante, en base a la dimensión de la perseverancia perteneciente a *la resiliencia*, puesto que se relacionó de forma fuerte y significativa junto al apoyo informacional y afectivo (Tabla 7 y 8). Es importante reconocer que esta población tiende a no rendirse, a buscar cualquier medio para sus propósitos como el vivir de la calle para poder sobrevivir. Así como lo establece Santibáñez (2014) al encontrar que el 78.9 % de las personas en situación de calle manifestaron sentirse “inconformes” ante su situación de vida por lo que tendían a buscar soluciones ante sus problemas de forma constante; pero sobre todo llama la atención que el 57.9 % refirió deseos o expectativas de cambio a pesar de haber sido calificadas con un nivel de resiliencia bajo. Este hallazgo es congruente con lo que encontró Sialer (2021), quien halló una relación significativa entre la perseverancia y la calidad de vida; es decir que mientras las personas no opten por “rendirse” ante las adversidades, lograrán desenvolverse mejor en su contexto. Una de las explicaciones de ello, se basaría en la edad y consecuente experiencia de esta población pues ante los cambios constantes en su vida, se sobreponen y adaptan. Como establece Erickson en su teoría de las crisis vitales, al encontrar frustración frente a las metas no alcanzadas, actuarían con desesperación hasta encontrar una nueva salida.

Por otro lado, hay que anotar que la correlación significativa en un estudio de investigación, hasta cierto punto tiene que ver con un resultado que tiende a la generalidad, es decir que otras muestras bajo las mismas condiciones dichos resultados serán casi parecidos, pero sin embargo en la muestra estudiada todo



parece que resalta lo particular o lo individual. Es decir que, al lado del apoyo afectivo y la resiliencia del adulto mayor, hay que tomar en cuenta los factores a los cuales se asocian, por ejemplo, el factor *predisponente* (tendencia de cada sujeto), *el factor determinante* (la historia de cada sujeto) y *el factor desencadenante* (la gota que rebalsa el vaso, la institución que los alberga). Estos factores tienen que ver con la contextualización de vida del adulto mayor y que resalta más lo particular que lo general.

Sobre los resultados no significativos conforme al apoyo afectivo y resiliencia (Tabla 8), será importante que previo a su análisis se considere a este como la capacidad para mostrar apertura a recibir afecto, estar relajado, abrazar, apoyar en las tareas cotidianas. Esta referencia es contraria a la muestra de esta investigación, quienes de por sí tienden a ensimismarse, distanciarse y alejarse o inclusive mostrar dificultades interpersonales en la convivencia. Es relevante señalar que, a pesar de tener un claro apoyo real instrumental, el personal técnico no siempre logrará cubrir el apoyo informativo o afectivo en tanto a que sus actividades difieren al acompañar o conversar.

Con respecto al apoyo instrumental se percibe la necesidad o exigencia de recibir ayuda material, de ser atendidos por otros, como no lo fueron durante un largo periodo de tiempo. Por otro lado, muestra la sobre compensación de solicitar una relación de comunicación íntima, cercana e intensa, las que muchas veces entablan con el personal del centro ante la escasez de vínculos actuales.

Al hallar correlaciones bajas entre áreas como el apoyo informacional y emocional junto a la satisfacción personal y confianza en sí mismo (Tablas 7 y 8),

se explica a través de que las personas que se muestran satisfechas consigo mismas, percatándose de su equilibrio interno y teniendo autoconfianza, no requerirían de provisión de consejo o necesidad de contar con una guía que le apoye a resolver sus dificultades. Así también podría estar relacionado con la confirmación de su “invisibilidad” (Danel, 2008) y la negativa ante aceptar la ayuda, puesto que la sociedad los ha marginado significativamente y hoy en día requerirían un estado de alerta o defensa para evitar ser dañados o recibir un “segundo golpe” (Cyrulnik, 2015).

Será importante señalar que en el presente estudio se obtuvo una correlación negativa (Tabla 9), donde se infiere que a mayor satisfacción personal del adulto mayor la necesidad del apoyo o dependencia del otro para cubrir necesidades de salud u ocio disminuirá. Hallazgo relevante en tanto a la población concebida como autovalente.

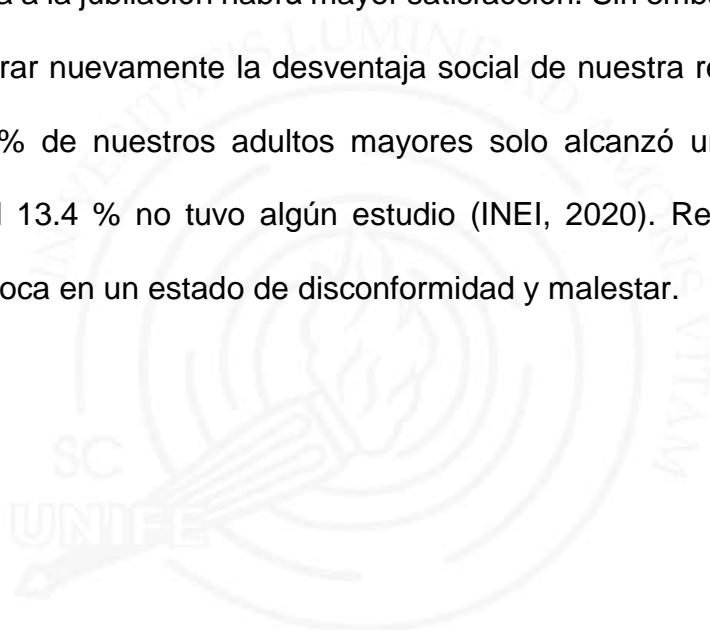
Si bien es cierto, no se tienen hallazgos objetivos acerca del estado civil de la población, pero que, por experiencia y convivencia con sus historias de vida, la mayor parte de ellos no lograron casarse o se separaron tempranamente, por lo que suelen ser solteros, con relaciones disfuncionales con familias. Parece ser que esta es una característica frecuente en esta población, pues el 84.2 % de población estudiada por Santibañez (2014) también manifestó no tener pareja; estos hallazgos son relevantes puesto que como bien manifiesta Villalobos (2015) las personas mayores lograrán percibir mayor apoyo social si se encuentran casados, en tanto a que su red de apoyo sería más amplia y por ende podrían satisfacer sus necesidades. Para este estudio, al promediar el apoyo estructural, es decir la

cantidad de amigos o personas íntimas que concibe la población en su vida actual se encontró un promedio de 3 personas, una cifra escasa tomando en cuenta lo establecido por Flórez (2002) quien refería una red social mixta y frecuente sería considerada entre 9-15 personas. Así también en comparación a lo hallado por Villalobos (2015) pues el 57.9 % dijo tener entre 1 y 6 amigos íntimos; dato explicado porque su muestra solo acudía a un centro o programa social. Con respecto a esto, se señalan los estudios Paykel (1979, citado por Flórez, 2002) en donde refiere que la vulnerabilidad será mayor si no existe el soporte de alguna esposa, amigos, grupos sociales.

En otro hallazgo, se encuentra en lo referente al sexo y su relación con respecto a la percepción del apoyo; si bien es cierto la población estudiada se encuentra conformada netamente por varones debido a las políticas de la institución. Es pertinente manifestar lo encontrado por estudios como los de Villalobos (2015) quienes encontraron que las mujeres logran percibir más apoyo, es decir tienden a desarrollar mejor las habilidades sociales en relación con los varones, el cual es expresado a lo largo de su historia personal.

Se aprecia también que, mientras mayor sea el nivel educativo, la persona logrará percibir mejor el apoyo e incluso mostrar una mayor perseverancia en la solución de sus dificultades (Tablas 12, 13 y 15); es evidente considerar a la educación como un factor protector. Hallazgos similares son los de Serra (2017) quien encontró que los varones con un nivel educativo bajo se muestran “susceptibles” a ser víctimas de maltrato en la adultez mayor, con énfasis cuando existe condición neurodegenerativa. Inclusive Baca (2013) descubrió que un grado

de instrucción superior muestra mayores niveles de resiliencia en los factores de confianza en sí mismo y satisfacción personal; mas no en el apoyo social, al respecto habría que preguntar si ha mayor resiliencia mayor autonomía, que de ser así ello explicaría el no buscar apoyo social. Con relación a ello el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (2013-2017) explica sobre la teoría de la economía política en la vejez, donde refiere que, a mayor jerarquía laboral o educativa, previa a la jubilación habrá mayor satisfacción. Sin embargo, esta noticia permite corroborar nuevamente la desventaja social de nuestra realidad nacional, donde el 36.8 % de nuestros adultos mayores solo alcanzó un nivel primario, mientras que el 13.4 % no tuvo algún estudio (INEI, 2020). Realidades que en definitiva los coloca en un estado de disconformidad y malestar.



## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 1. Conclusiones

A continuación, se señalan las conclusiones a las que se llegaron en la presente investigación:

- Se obtuvo que no existe una relación significativa entre la resiliencia y el apoyo social percibido en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.
- No se encontró diferencias significativas entre la resiliencia y el apoyo informacional en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana. Salvo en la dimensión perseverancia correspondiente a la resiliencia.
- Se obtuvo una relación no significativa entre el componente de apoyo afectivo y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana. Salvo en la dimensión perseverancia correspondiente a la resiliencia.
- También se observa que no hay una relación significativa entre el apoyo instrumental y la resiliencia en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana. Sin embargo, se encontró una relación inversa con la dimensión de satisfacción personal.
- En relación a la diferencia entre los componentes de la resiliencia según nivel educativo alcanzado en adultos mayores albergados en un centro de

atención de Lima Metropolitana, se puede afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas.

- Finalmente, se observa que sí hay diferencia significativa entre los componentes del apoyo social percibido según nivel educativo alcanzado en adultos mayores albergados en un centro de atención de Lima Metropolitana.

## **2. Recomendaciones**

Conforme a la experiencia desarrollada con la población estudiada, la revisión de investigaciones previas y los resultados obtenidos a través de los instrumentos, se presentan las siguientes recomendaciones:

- Realizar un programa que fomente la adaptación ante las repercusiones emocionales que conlleva el proceso de adaptación ante la institucionalización. Donde se promueva el apoyo afectivo y el fomentar relaciones interpersonales basadas en la confianza.
- Realizar talleres que promueven características resilientes que les permitan a la población hacer frente a las problemáticas suscitadas a lo largo de su vida.
- Promover una investigación con la presente muestra tomando en cuenta a variables como sentido de vida o calidad de vida.
- Fomentar programas que permitan la reunificación familiar o vinculación con personas cercanas que brinden apoyo social para aumentar su red de soporte.

- Favorecer el nivel educativo como recurso que permitirá desarrollar confianza en sí mismos y satisfacción personal.

## REFERENCIAS

Acero, P. (2009). Resiliencia y tendencia criminal: factores protectores de comportamiento antisocial. *Revista Criminalidad*, 51 (1), 113-145.

Alva, G. (29 de abril del 2020). Al rescate de las personas que viven en las calles de Lima en tiempos de pandemia. El comercio. <https://elcomercio.pe/lima/coronavirus-en-peru-al-rescate-de-las-personas-que-viven-en-las-calles-de-lima-en-tiempos-de-pandemia-noticia/?ref=ecr>

Alvarado, A. y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *GEROKOMOS*, 25 (2), 57-62.

Alves, R. (2013). Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. <https://www.academica.org/000-054/544>

Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo*. [Tesis de Magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio CYBERTESIS repositorio de Tesis Digitales. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3575>

Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista De Investigación En Psicología*, 19(1), 177–190. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12452>

Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*. 14 (2), 237-243.

Beneficencia de Lima Metropolitana (2021). *Programa social Casa de Todos*. <https://beneficiadelima.org/public/casadetodos/>

Berrios, M. (29 de junio de 2021). La Casa de Todos: el plan de Lima para dar refugio a personas sin hogar en plena pandemia. *Redacción*. <https://www.redaccion.com.ar/la-casa-de-todos-el-plan-de-lima-para-dar-refugio-a-personas-sin-hogar-en-plena-pandemia/>

Caamal, C. y Cahum, M. (2016). *El concepto de indigencia institucionalizada a través de una casa de beneficencia. El caso del comedor nuestra señora virgen de la estrella de Peto Yucatán*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Quintana Roo]. Repositorio institucional de Quintana Roo. <http://risisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/1253?show=full>

Canazas, M., Díaz, L., Ladid, G. (2020). Resiliencia y apoyo social percibido en estudiantes de 4to y 5to de secundaria del distrito de Ayaviri. *Rev. Psicología Arequipa Univ. Catól. San Pedro*, 10 (1), p. 23-27.

Cano A., Castañeda A., Hernández, J., Malo G., Pérez, M., Esquivel M. (2022). Resiliencia y apoyo social en adultos mayores de municipios del Estado de Hidalgo, México. 15 (1):40-47.

Cardona, A., Segura, A.M., Segura A.D., Muñoz, D., Jaramillo, D., Lizcano, D., Morales, S., Arango, C., Agudelo, M. (2021). *Mirada multidimensional en la persona mayor*. Editorial CES. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5243/Mirada%20multidimensional%20de%20la%20vulnerabilidad%20en%20la%20persona%20mayor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Castro, M. y Silva, J. (2015). "Con arrugas y sin huellas". Adultos mayores en situación de calle en el campo de la Salud Pública. Universidad de Buenos Aires. <https://www.margen.org/suscri/margen77/arrugas.pdf>

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE] – División de Población y Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], (2011). Los derechos de las personas mayores. Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21497/2011\\_Cepal\\_Fnuap\\_Asdi\\_01\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21497/2011_Cepal_Fnuap_Asdi_01_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Chacón, F. y López, A. (1992). Apoyo social percibido. Su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de psicología social*, 7 (1), 53-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111766>

Cid, S., Morales, V. & Iriarte, I. (2020). Apoyo Social y Resiliencia en adolescentes en Situación de Calle. *Revista Liminales. Escritos Sobre Psicología Y Sociedad*, 9(18), 33-65. <https://doi.org/10.54255/lim.vol9.num18.470>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021). Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46730>

Forés, A. y Grané, J. (2008). La resiliencia, crecer desde la adversidad. Plataforma Editorial.

Cruz, R. (2015). Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas. Repositorio Universidad Pontificia Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2592/retrieve>

Cyrulnick, B. y Ploton, L. (2015) Envejecer con resiliencia: cuando la vejez llega. Editorial Gadisa S.A.

Danel, P. (2008). Adultos mayores institucionalizados: objetivos de protección, cuidado y rentabilidad. Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP.



Memoria académica. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.654/ev.654.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.654/ev.654.pdf)

Daniel, P. (2011). La otra cara de la tragedia, resiliencia y crecimiento postraumático. Editorial San Pablo.

Di Iorio, J., Seidmann, S. y Rigueiral, G. (2019). Padecimiento de personas en situación de calle y reconstrucción de las redes sociales. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-111/11>

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM, 2016) <https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-iconos-del-abandono-y-la-soledad/#:~:text=%C2%BFInstitucionalizados%20o%20depositados%3F,del%20Estado%2C%20municipal%20o%20provincial>.

Flórez, JA (2002). La vulnerabilidad psicológica del anciano. Elsevier, 39 (4), 164-169. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-vulnerabilidad-psicologica-del-anciano-13028094>

Ávila, H. (21 de junio de 2022). Las personas en situación de calle quieren "incidir en políticas públicas" de la región. La ventana digital. <https://laventanadigital.com.ar/a-nota/60310/-las-personas-en-situacion-de-calle-quieren-incidir-en-politicas-publicas-de-la-region->

Fuentes, G. y Flores, F. (2016). La indigencia de los adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. Papeles de Población, 22, (87), 161-181.

Fundación Gente de Calle (2018). Estrategia para erradicación de la situación de calle en Chile. <http://www.gentedelacalle.cl/wp-content/uploads/2017/11/Propuesta-Nacional-Eradicaci%C3%B3n-Situaci%C3%B3n-Calle-Fundaci%C3%B3n-Gente-de-la-Calle-October2017.pdf>

Gestión (16 marzo de 2017). MIMP: Fusión de los programas Yachay y Vida Digna generará ahorro de S/ 4.5 millones. <https://gestion.pe/economia/mimp-fusion-programas-yachay-vida-digna-generara-ahorro-s-4-5-millones-130803-noticia/?ref=gesr>

Grandón P., Vielma-Aguilera, A., Siprian, E., Bustos C., y Saldivia, S. (2018). Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la Región del BíoBío. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(2), 89-99. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000200089>

Guevara-Peña, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138–151. <https://doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>

Hernández, J. (2007). Los factores que llevan a la situación de calle. [Tesis de maestría, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio institucional de Universidad Católica. <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/23906/1/Los-factores-que-llevan-a-la-situacion-de-calle.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., Baptista P. (Éd.) (2014). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill Education. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020, 25 de agosto). *En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores* [Comunicado de prensa]. [http://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/np121\\_2020.pdf](http://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/np121_2020.pdf)

Instituto Nacional de Estadística. (2021, 14 de mayo). *Pobreza monetaria alcanzó al 30.1 % de la población del país durante el año 2020*. [Comunicado de prensa]. <https://n9.cl/8edd>

Jimenez, M. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46 (2), 59-60. DOI: 10.1016/j.regg.2010.12.002

LA Network Ciudades. (29 de enero de 2020). Lima realizó primer censo de habitantes en situación de calle de 2020. LA.Network. <https://la.network/lima-realizo-primer-censo-dehabitantes-en-situacion-de-calle-de-2020/>

Ley N° 30490. Ley de la persona adulta mayor (30 de junio del 2016). Diario Oficial El Peruano.

Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M, Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre-Acevedo, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.

Manual MSD Versión para público general (2019). Introducción al envejecimiento. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/introducci%C3%B3n-al-envejecimiento>

Martín, L. (2013). La personalidad resiliente. Editorial Síntesis.

Martínez, L., Fernández, C., González, E., Ávila, Y., Lorenzo A., & Vázquez, H. (2019). Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 130-139. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000200004>

Melillo, A. y Suárez, E. (2002). Descubriendo las propias fortalezas. Paidós.

Merino, L. (2019). Resiliencia y apoyo social en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Chiclayo, 2018. [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipan]. Repositorio Institucional Universidad Señor de Sipan.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores. <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). Plan PAM 2013-2017. [https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2020, 9 de julio). MIMP: Personas adultas mayores en estado de abandono reciben cuidados para una mejor calidad de vida <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/201457-mimp-personas-adultas-mayores-en-estado-de-abandono-reciben-cuidados-para-una-mejor-calidad-de-vida>

Moquillaza-Risco M, León E, Dongo M, Munayco CV (2015). Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(4):693-700.

Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Especialista Geriatria gerontología*, 37 (S2), 74-105.

Organización Mundial de la Salud (2021). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

Ortega, N., Reyes, G., Vargas, X., Rivera, A. (s.f.). Percepción de la ciudadanía hacia los indigentes en Pachuca Hidalgo. *Revista científica electrónica de Psicología*, 26-39.

Osorio, O. (2017). Vulnerabilidad y vejez: Implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. 13. Intersticios sociales.

Parra, M. R. (2017). Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche]. Dspace. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20María%20Antonia.pdf>

Pérez (2021). Salud mental y resiliencia en adultos mayores. (Tesis de licenciatura). Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/22548>

Polett, S., Morales, V. & Iriarte, I. (2020). Apoyo social y resiliencia en adolescentes en situación de calle. *Liminales*, 9 (18), 33-65. <https://doi.org/10.54255/lim.vol9.num18.470>

Quispe, B. (2019), Resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida del adulto mayor del distrito de Santa Anita, Lima-Perú. [Tesis de Bachiller, Universidad San Ignacio de Loyola]. Repositorio institucional de la USIL. <https://repositorio.usil.edu.pe/items/3122dbce-7002-4631-b963-4a5f2e89bb7d>

Ramos, A., Yordi, G. y Miranda, M (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camaguey*, 20 (3), 330-337.

Real Academia Española (s.f.) Resiliencia. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 9 de enero de 2022, de <https://dle.rae.es/resiliencia>

Regalado, J. (2017). *Sinhogarismo y resiliencia. Análisis del nivel y la configuración de factores de resiliencia*. [Tesis doctoral, Universidad de la Laguna]. Repositorio institucional de la ULL. [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24510/381561\\_987210.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24510/381561_987210.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sánchez-González D. y Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Santibañez, N. (2014). *La resiliencia en las personas sin hogar del Municipio de Arona*. Universidad de la Laguna

Seidmann, Susana; Di Iorio, Jorgelina; Rigueiral, Gustavo; Gueglio Saccone, Constanza. (2016). El cuidado en personas en situación de calle. Una perspectiva ética y política. *Anuario de Investigaciones*, 163-172.

Serra, L. (2017). *La resiliencia y el apoyo social como factores de protección del maltrato en personas con demencia: un estudio en cuidadores familiares* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca).

Sialer (2021). *Resiliencia y calidad de vida en adultos mayores de un centro de Chiclayo*. (Tesis de Licenciatura). Repositorio de la Universidad de Sipan.

Sitges E. y Tirado, S. (2007). Resiliencia, apoyo social y autoeficacia en el envejecimiento. *Revista de Psicología de la Salud*, 19 (1-2), 44-64. DOI:10.21134/pssa.v19i1.963

Soria, B. y Rodríguez, A. (2002). Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Rev. Cubana Enfermería*. 18 (2), 116-121.

Soza, F. (2017). *Apoyo social y resiliencia con calidad de vida en participantes del programa adulto mayor de centros de salud en un distrito de Chiclayo* [Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH.

Uriarte, J. (2013). La perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Psicología Política*. 47, 7-18.

Fondo de las Naciones Unidas para los Niños (2017). *Migración resiliente. Herramientas de rescate emocional para niñas, niños y adolescentes migrantes*. [https://www.unicef.org/mexico/media/1266/file/VCEMigraci%C3%B3nResiliente\\_mar2018.pdf.%20on%20September%2026](https://www.unicef.org/mexico/media/1266/file/VCEMigraci%C3%B3nResiliente_mar2018.pdf.%20on%20September%2026)

Vento, C. (2014) Diseños de investigación [Diapositiva de Power Point]. Slideplayer. <https://slideplayer.es/slide/1018316/>

Villalobos, E. V. (2015). Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo 2014 (Tesis de pregrado). Repositorio Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Vivaldi y Barra (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. 30 (2), 23-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>

Wagnild, G. & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale [Elaboración y evaluación psicométrica de la Escala de Resiliencia]. Journal of Nursing Measurement, 1(2), 165-178.

## **APÉNDICE**

- A: FIABILIDAD DE LA ESCALA DE RESILIENCIA
- B: FIABILIDAD DE LA ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO
- C: CONSENTIMIENTO DE DERECHO DE AUTOR
- D: CONSENTIMIENTO INFORMADO
- E: CONSENTIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN

## APÉNDICE A

### Fiabilidad de la escala de resiliencia

La fiabilidad de la escala de resiliencia considerando sus dimensiones correspondientes y el análisis de ítems, se realizó calculando el coeficiente Alfa de Cronbach con el fin de hallar su consistencia interna.

Se puede observar un puntaje alto en todas las dimensiones, considerado un indicador de elevada fiabilidad debido a que supera al punto de corte de .70, a excepción de la dimensión Sentirse bien solo que se considera un nivel medio.

#### *Fiabilidad de la escala de Resiliencia*

Dimensiones	Alfa de Cronbach global	Ítems	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Satisfacción personal	,775	R16	,488	,768
		R21	,678	,664
		R22	,787	,597
		R25	,396	,801
Ecuanimidad	,765	R7	,607	,686
		R8	,598	,693
		R11	,584	,699
		R12	,480	,751
Sentirse bien solo	,651	R3	,510	,489
		R5	,520	,519
		R9	,396	,650
		R6	,644	,839
Confianza en sí mismo	,858	R9	,535	,853
		R10	,801	,810
		R13	,548	,850
		R17	,755	,822
		R18	,483	,859
		R24	,682	,830
Perseverancia	,829	R1	,481	,823
		R2	,645	,793
		R4	,809	,768
		R14	,465	,822
		R15	,529	,813
		R20	,458	,826
		R23	,689	,788

Elaboración propia

## APÉNDICE B

### Fiabilidad de la escala de Apoyo Social

La fiabilidad de la escala de Apoyo social considerando sus dimensiones correspondientes y el análisis de ítems, se realizó calculando el coeficiente Alfa de Cronbach con el fin de hallar su consistencia interna.

Se puede observar un puntaje alto en todas las dimensiones, considerado un indicador de elevada fiabilidad debido a que supera al punto de corte de .70, a excepción del ítem 12, encontrado en la dimensión apoyo afectivo, el cual obtuvo un puntaje de .097 considerado como no discriminativo.

#### *Fiabilidad de la escala de Apoyo social*

Dimensiones	Alfa de Cronbach global	Items	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Apoyo informativo	,858	AP3	,614	,841
		AP4	,595	,842
		AP8	,566	,850
		AP9	,404	,859
		AP13	,819	,819
		AP14	,373	,861
		AP16	,648	,838
		AP17	,469	,854
		AP19	,800	,821
Apoyo afectivo	,583	AP6	,173	,605
		AP10	,531	,447
		AP11	,451	,486
		AP12	,097	,635
		AP15	,351	,527
		AP20	,403	,497
Apoyo instrumental	,694	AP2	,363	,699
		AP5	,619	,535
		AP7	,355	,706
		AP18	,601	,552

Elaboración propia

## APÉNDICE C

### CONSENTIMIENTO DE AUTOR (ES)

#### **Escala de Wagnild y Young - Adaptación Peruana**

Se solicitó la autorización a través del medio correo electrónico para la utilización del instrumento: “Escala de Resiliencia de Wagnild y Young – Adaptación Peruana (2002)” a la Mg. Angelina Novella con fecha 24 de enero del 2022. Frente a ello la Mg. otorgó el debido permiso de su utilización con fines académicos en la fecha 25 de enero del 2022.

#### **Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido – Adaptación Peruana**

Se solicitó la autorización por medio del correo electrónico al Mg. Deyvi Baca, autor del estudio “Confiable y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo (2016)” con fecha 26 de enero del 2022. Frente a ello el Mg. otorgó el permiso correspondiente del instrumento con fines académicos en la fecha 28 de enero del 2022.



## APÉNDICE D

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_

Hago constar, que he sido informado con claridad y veracidad acerca de la evaluación que la Psicóloga Alessandra Sparrow Ríos me ha invitado a participar.

Que actúo como colaborador libre; voluntaria y activamente en la aplicación de dos escalas psicológicas que tomarán aproximadamente 60 minutos de mi tiempo.

Soy conocedor también, de que puedo retirarme o declinar mi participación en el proceso cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación. Además, toda la información que se obtenga en el transcurso del proceso será confidencial, es decir, será resguardada bajo la forma de anonimato. Utilizada netamente para los propósitos de la investigación.

Habiendo recibido la información necesaria sobre las condiciones bajo las cuales será evaluado, acepto participar en la aplicación de las evaluaciones que permitirán hallar el nivel de resiliencia y apoyo social percibido que poseo.

Asimismo, para cualquier consulta adicional podré contactar al número 949 218 520 o al correo [sparrowalessandra@gmail.com](mailto:sparrowalessandra@gmail.com).

---

Firma del participante

---

Fecha

## **APÉNDICE E**

### **CONSENTIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN**

Con fecha 24 de enero del 2022 se envió una carta dirigida a la institución “Beneficencia de Lima Metropolitana” en la cual se solicitó la autorización para la aplicación de escalas psicométricas en uno de sus centros de atención que beneficia a los adultos mayores. El 28 de enero del 2022, la institución respondió mediante el Expediente N° 0254-2022-OTDR/SBLM autorizando la evaluación e investigación correspondiente con el fin de mejorar la calidad de vida de la población beneficiada.

