

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO / FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE
LOS ALIMENTOS/ ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR EN GRUPOS COMUNITARIOS DE ZONA URBANA Y RURAL DE CHILLÁN, 2015.

Autores:

ANTOLA URRA, ORNELLA
COFRÉ MATAMALA, VIVIANA
FUENZALIDA FUENTES, PAOLA
GUIÑEZ SALIT, ELIZABETH

Profesor guía Tesis:

EU Mg. Juana Cortés R.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
2015**

Agradecimientos.

En primera instancia agradecemos a Dios por darnos la fortaleza e iluminar nuestro camino durante nuestra vida universitaria. A nuestras familias, por su apoyo permanente y comprensión diaria. A nuestra profesora guía Sra. Juana Cortés por su apoyo y confianza depositada. Al profesor Miguel Ángel López, por su colaboración estadística. Y finalmente a aquellas personas y amigos que directa o indirectamente fueron partícipes en el logro de este objetivo.

Dedicatoria

A Dios por acompañarme y guiarme en este camino, a mi familia y amigos por su apoyo incondicional, en especial a mi madre Margoth por su comprensión y soporte permanente y a mi pareja Galo por acompañarme en los buenos y malos momentos con su amor incondicional.

Viviana Alejandra Cofré Matamala

Dedico este trabajo Dios por su compañía, a mis padres Luis y Paublina por ser mis grandes maestros y guías, a mis hermanos Luis, Carlos y Enzo, por su protección, fe y amor incondicional. A todos mis amigos y conocidos que me han entregado buenas energías y que caminan conmigo. Todos ustedes han sido ángeles y gracias por hacer mi vida inmensamente feliz. Los adoro. Gracias totales.

Ornella Natalina Antola Urra

Dios guía e ilumina mi camino y frente al cansancio es mi fortaleza. A mi madre que siempre me inculcó el ser perseverante y luchar por lo que quieres en la vida, mi hermano y mi Meli, mi apoyo incondicional en las buenas y las malas, mis abuelos que todos los días me dan el ánimo para ser una profesional y una mejor persona, mi familia y amigos por su apoyo. Por último decir que en la vida los sueños deben perseguirse y nunca rendirse, ese es nuestro proyecto de vida.

Paola Fernanda Fuenzalida Fuentes

Agradezco a Dios por su compañía en la búsqueda de mis sueños, a mis padres Gaby y Raúl por su incondicionalidad, buen ejemplo y constancia en estos años. A mi hermana Gabriela por ser la compañera de mi vida. A mi familia chillaneja y mis amigas/amigos por darme fortaleza y refugio en los momentos importantes de mi vida. Y para ti Mama... al fin se cierra este proyecto.

Elizabeth Macarena Guíñez Salit

Resumen

Introducción: la población mundial de adultos mayores (AM) ha tenido un crecimiento significativo, generando grandes cambios en la población. Así, el envejecimiento, es entendido no sólo como un cambio estadístico demográfico, sino como una transformación de la sociedad, lo que involucra aspectos variados y complejos, siendo la resiliencia un factor importante a evaluar en los AM, definido por los autores como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad”. **Objetivo:** establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán. **Método:** el diseño fue descriptivo, transversal, cuantitativo, probabilístico por conglomerado. Se trabajó con una muestra de 242 AM con edades iguales o superiores a 60 años, participantes de grupos comunitarios. El tamaño de la muestra se calculó analizando la población de la zona rural y urbana de Chillán con datos del INE, estableciendo una razón de 1:2, arrojando 81 individuos rurales y 161 urbanos. Se aplicó la escala SV-RES y un cuestionario sociodemográfico. Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva, prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, los valores fueron descritos en tablas de frecuencias y contingencia. **Resultados:** el nivel de resiliencia total se encontró para la categoría “alto” con un 49,1%, “promedio” con un 41,0% y “bajo” con un 9,9% para AM urbanos. Y en la zona rural califican como “alto” con un 43,2%, “promedio” con un 42,0% y “bajo” 14,8%. **Conclusión:** el nivel de resiliencia total mostró un patrón creciente en cuanto a los porcentajes predominantes para las categorías “bajo”, “promedio” y “alto” en la zona urbana y rural de Chillán.

Palabras claves: Resiliencia- Adulto mayor - Grupos comunitarios- Rural- Urbano

Abstract

Introduction: the senior citizen (SC) worldwide population has had a significant increased, making huge changes in the population. Thus, the process of aging is not only understood as a demographic statistical change, but as a society transformation which involves complex aspects where resilience plays an important role to be evaluated at SC, it is defined by the authors as “a dynamic process that has the positive adaptation in adversity context as a result”. **Objective:** To establish the resilience levels of the SC which participates in community groups of the urban and rural areas of Chillán. **Method:** The design was descriptive, cross-cutting, quantitative and probabilistic per cluster. The sample was of 242 SC with equal age or higher than 60 years old that belongs to community groups. The sample size was calculated by analyzing Chillán’s rural and urban population with INE’s data, establishing a 1:2 ratio, getting 81 rural and 161 urban individuals. The SV-RES scale and a sociodemographic questionnaire were applied. Descriptive statistic was applied In order to analyze the data, also the Kolmogorov-Smirnov with Lilliefors correction normally test, the values were described in the contingency and frequency tables. **Results:** the overall resilience level was found for the “high” category with an 49.1%, “average” with a 41,0% and “low” with a 9,9% for urban SC. On the other hand, in the rural areas they get qualify as “high” with a 43,2%, “average” with a 42,0% and “low” with a 14,8%. **Conclusion:** the total resilience level showed an increasing pattern related to the prevailing rates for the “low”, “average” and “high” categories in the urban and rural areas of Chillán.

Keywords: resilience - senior citizen - community groups – rural – urban

Índice

I.	Introducción	1
1.1	Fundamentación del problema	3
1.2	Problema de investigación.....	7
1.3	Problematización.....	7
1.4	Marco teórico	8
1.5	Marco empírico.....	19
1.6	Propósito de la investigación.....	25
1.7	Objetivos generales y objetivos específicos	25
	Objetivos específicos	25
II.	Métodos	26
2.1	Tipo de diseño.....	26
2.2	Población de estudio.....	26
2.3	Muestra.....	26
2.4	Criterios de elegibilidad	28
	Criterio de inclusión.....	28
	Criterio de exclusión	28
2.5	Unidad de análisis	28
2.6	Listado de variables	28
2.7	Descripción instrumento recolector	29
a.	Cuestionario estructurado.....	29
b.	Escala de resiliencia de SV –RES.....	29

2.8 Procedimiento para recolección de datos.....	32
2.9 Aspectos éticos	34
2.10 Análisis estadístico.....	34
III. Resultados.....	34
3.1 Presentación de resultados	34
4.2 Limitaciones	66
4.3 Sugerencias	68
4.4 Conclusiones	69
IV. Bibliografía	71
V. Anexos	78

I. Introducción

La población de adultos mayores (AM) de 60 años y más, a nivel mundial, es de 650 millones y se calcula que en el año 2050 alcanzará los 2000 millones ¹. De esta manera, los notables cambios demográficos verificados en Chile, en especial el descenso brusco y sostenido de la fecundidad, a partir del año 1964, junto con el aumento de la esperanza de vida, más notorio desde el año 1950, produjeron modificaciones en el tamaño y en la composición por edades de la población, llevando al país a transitar hacia el envejecimiento demográfico, en este sentido, las estimaciones y proyecciones poblacionales de 1990-2020 del Instituto Nacional de Estadística (INE), señalan que los AM que residen en zonas urbanas corresponden a un 57% de mujeres y 43% de hombres y los residentes en zonas rurales corresponden según el censo del 2012 a 275.860 personas de 60 años o más, representando un 12,7%, lo que en términos generales, indica que la ruralidad no debe entenderse como lo no urbano, asociado a carencia de servicios médicos, asistenciales u otros, sino más bien como una forma de cultura y de relaciones sociales particulares ².

Este creciente número de AM encierra grandes desafíos, los cuales deben ser asumidos en forma creativa y positiva, siendo en consecuencia motivo de mayor desarrollo y enriquecimiento humano tanto para quienes son AM como para los que conviven con ellos. Así, el fenómeno del envejecimiento de la población, debe ser entendido no sólo como un cambio estadístico demográfico, sino como una profunda transformación de la sociedad, lo que involucra aspectos tan variados y complejos, que obligan a replantear desde las relaciones familiares, necesidades culturales y materiales, desafiando las capacidades estructurales y funcionales de todos los agentes sociales involucrados ².

De acuerdo a lo anterior, interiorizarse de la forma en que envejece la población es aproximarse al conocimiento de las necesidades sociales, económicas, previsionales y de salud que Chile deberá afrontar, de esta manera la definición de las políticas y los

programas dirigidos a promover el bienestar de los AM requiere la mayor comprensión de sus rasgos sociales y económicos ¹.

Por lo expuesto con anterioridad, la resiliencia corresponde a un aspecto fundamental a evaluar en estos AM. La que es definida como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad” ³. También es concebida como una interacción creativa entre los recursos personales y los recursos sociales, donde el ser humano “en resiliencia”, o “esfera de resiliencia” se concibe como un proceso dinámico de interacción entre estos recursos, los que van a ser utilizados para dar respuesta al conflicto como para potenciación de otras fuerzas personales y sociales, con que las personas y comunidades exitosas enfrentan su realidad ⁴.

Finalmente, el propósito de esta investigación es determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

1.1 Fundamentación del problema

Entre los avances económicos y sociales experimentados por los países de América Latina durante la segunda mitad del siglo XX, se reflejó una sostenida disminución de la mortalidad, la fecundidad y tasa de natalidad, provocando una disminución en la proporción de los niños y aumento de los AM, así entre 1950 y 2000, los mayores de 60 años elevaron del 6% al 8% su participación en la población total de la región del Bío Bío y los menores de 15 años la redujeron de 41% a 32%⁵.

El país, según el INE en el año 2003, tiene una población total de 15.116.435 de personas, de los cuales el 11,4% son AM correspondiendo a 1.717.478 individuos, de éstas 758.049 son hombres (10,2%) y 959.429 son mujeres (12,5%), cifra cercana a la región del Bío-Bío con una población total de 1.861.562 de personas, de las cuales 11,39% son AM, correspondiendo a 211.957 individuos, de estos 96.358 son hombres y 115.599 son mujeres, aumentando a un 12,76% en la provincia de Ñuble y un 11,30% en la comuna de Chillán⁶. En el caso de Chile, según la encuesta CASEN en el año 2011 demuestra un aumento del 15,6% de los AM respecto a los resultados del año 2000, que representan el 10,9%⁷.

Este aumento poblacional hace necesario indagar en capacidades, atributos, características y herramientas asociadas al proceso de envejecimiento satisfactorio en los AM⁸, siendo una de ellas la resiliencia.

Es así como la resiliencia ha sido definida por el campo psicosocial como la capacidad de recuperarse ante la adversidad, lo que corresponde a factores que permiten al ser humano afrontar y superar los problemas y dificultades, siendo un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo y sociocultural⁹.

Relacionado a lo anterior, entre los beneficios de la resiliencia se encuentran, moderar los efectos negativos del estrés y promover la adaptación¹⁰ para el envejecimiento¹¹. Además, permite al individuo desarrollar capacidades para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido, haciéndolos menos vulnerables en el futuro¹².

De esta manera, los niveles de resiliencia pueden permanecer estables o aumentar a medida que el AM se beneficia de los retos a los que hace frente con éxito¹⁰. Un estudio realizado con AM señala que este grupo etario posee más altos niveles de resiliencia que la población general¹³. Además, se indica que los AM son el grupo más resiliente, sobre todo con respecto a la capacidad de regulación emocional y la resolución de problemas¹⁴. Sin embargo, en relación a la resiliencia de los AM existe poca evidencia científica que entregue información rigurosa y fidedigna, lo que hace necesario generar investigación al respecto^{10, 13, 15}.

En cuanto a la resiliencia y comunidad, estos conceptos han sido tratados en estudios anteriores, Saavedra y Varas¹³, encontraron que los AM que asisten a grupos comunitarios o talleres presentan un nivel de resiliencia significativamente mayor que aquellos que no están integrados a la red, también sostienen que no da lo mismo pertenecer o no pertenecer a un grupo o una red en esta etapa de la vida, ya que genera oportunidades de aprendizaje, convivencia con otros, ayuda mutua, desarrollo efectivo y autopercepción positiva de sí mismos que proporciona herramientas para enfrentar dificultades en este tramo de la vida.

Otro estudio en AM de la comunidad china, demostró que las redes sociales eran particularmente relevantes en la lucha contra la soledad y experiencia negativa de los ancianos, generándose un compromiso social vigoroso que también funcionó para mantener a los AM psicológica y físicamente sanos¹⁶. Por otra parte, dentro de la literatura revisada, también se encontró una relación entre resiliencia y las redes sociales, consistente en amigos y familiares¹⁰, que aunque fue débil, pone de manifiesto la importancia del entorno social en la resiliencia de este grupo etario.

Sin embargo, la literatura existente al respecto, no proporciona un patrón claro de los datos que esclarecen la relación entre resiliencia en los AM y su participación en grupos comunitarios.

Por otra parte, la ubicación en la que los AM viven puede presentar retos o beneficios que afectan sus niveles de resiliencia¹⁰. Es así como los AM residentes en la comunidad rural se enfrentan a desafíos únicos, entre los que se menciona, un acceso limitado a la atención sanitaria, pero aun así, estos poseen altos niveles de resiliencia que se asociaron con redes sociales consistentes en amigos pero no en sus familias, atribuyéndose a la creencia de que los habitantes de zonas rurales tienden a ser autosuficientes¹⁵. Además, se ha señalado que la ubicación en la que los AM residen ya sea rural, sub urbana y urbana, no afecta los niveles de resiliencia encontrándose igualmente altos niveles en las distintas áreas, sin diferencias estadísticamente significativas¹⁰.

La escasez de literatura sobre nivel de resiliencia en AM de la zona urbana y rural apoya la necesidad de investigación¹⁵, ya que es fundamental que el nivel de resiliencia en AM pertenecientes a los grupos comunitarios de la zona urbana y rural sea un área a evaluar, y de esta manera incluirlo en las políticas públicas de gobierno que contribuyan a un envejecimiento activo, positivo, saludable y junto con ello, mejorar la calidad de vida de los AM y su bienestar⁸.

En cuanto a la importancia de esta investigación para la enfermería existen dos áreas relevantes a considerar, el área asistencial (atención directa) y área de investigación. En relación al primer ámbito, el nuevo modelo de salud centrado en la comunidad, con un enfoque familiar, obliga a los profesionales a ver a las personas de forma holística, reconociendo los factores internos como externos que influyen en su estado de salud actual, siendo así relevante la motivación que el profesional de enfermería dirija al AM para que este participe en grupos de la comunidad; de la misma manera, el conocer el nivel de resiliencia de los AM residentes en zonas urbanas y rurales participantes de grupos comunitarios, supone un antecedente y una base para la planificación de estrategias y acciones claves de intervención en el área comunitaria acorde al ciclo vital y situación sociodemográfica en que estos se encuentren insertos. Es así como la resiliencia corresponde a un antecedente necesario a incorporar en la valoración geriátrica integral

del proceso de enfermería, como una herramienta de pesquisa e identificación de pacientes vulnerables y frágiles en áreas geográficas de riesgo, en que esta capacidad de resiliencia se encuentre ausente o disminuida, información que permitiría generar programas educativos de intervención en resiliencia y al mismo tiempo detectar y movilizar los recursos de las personas, de su entorno, de los servicios de salud y las redes sociales con que estos cuenten¹⁷, en la búsqueda de promover esta capacidad y contribuir a un envejecimiento activo, positivo y saludable, mejorando la calidad de vida de los AM⁸. Es así, que promover la resiliencia para la profesión de enfermería, es un llamado a relacionarse con un individuo de forma integral, además de trabajar con un enfoque interdisciplinario, llevando a la práctica el concepto "bio-psico-social" y espiritual¹⁸. Por otra parte, en lo referido al área de investigación, este estudio permitirá sugerir y aportar información para que estudios futuros profundicen en este ámbito y junto con ello, permita generar directrices para mejorar programas comunitarios.

Por lo descrito anteriormente, esta investigación pretende determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

1.2 Problema de investigación

¿Cuál es el nivel de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios en la zona urbana y rural de Chillán?

1.3 Problematización

1. ¿Cuáles son las características de la población en estudio según los factores socio demográficos, socio antropológicos y enfermedades crónicas?
2. ¿Cuál es el puntaje medio de las dimensiones de la escala de resiliencia SV-RES en el AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán?
3. ¿Cuáles son los niveles de las dimensiones que conforman la escala de resiliencia SV-RES que han tenido mayor y menor prevalencia en el AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán?
4. ¿Cuál es el nivel de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán?
5. ¿Cuál es el nivel de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, según datos socio demográficos: sexo, edad, estado civil, nivel educacional, ingreso mensual?
6. ¿Cuál es el nivel de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, según antecedentes socio antropológicos: religión y redes de apoyo?
7. ¿Cuál es el nivel de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, según enfermedades crónicas?

1.4 Marco teórico

Cada etapa de la vida brinda oportunidades para transformaciones creativas y crecimiento a partir de los retos que se tengan que enfrentar¹⁹. Además, se considera que las experiencias y estados de una etapa condicionan a la siguiente, así como las necesidades y los problemas pueden ser previstos, agravados o superados en la etapa anterior²⁰. En ese sentido, cobra relevancia el proceso de envejecimiento, donde el AM se ve enfrentado a una serie de cambios y desafíos que debe resolver y superar.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global y relativamente reciente en el mundo, cuyo inicio fue en Europa en el siglo XIX, luego se extendió rápidamente por todos los países desarrollados y durante las últimas décadas también en países en vías de desarrollo. Esta tendencia demográfica se caracteriza por un crecimiento en el porcentaje de personas mayores de 64 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento en la esperanza de vida. Es así como la humanidad está envejeciendo, siendo una realidad que se vivencia de manera acelerada en nuestra sociedad actual, con una estructura demográfica que indica que los países en desarrollo están caracterizados por las altas tasas de natalidad y una gran proporción de jóvenes con menos de 15 años²¹.

La Asamblea Mundial de Envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en el año 1982 en Viena, trajo a la atención pública el hecho fundamental de que todas las naciones del mundo estaban envejeciendo. Esta asamblea hizo hincapié en que las personas de edad avanzada y el proceso de envejecimiento individual y poblacional constituirían preocupaciones internacionales fundamentales²².

Así mismo, la Asamblea Mundial de Envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002, generó el Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento, el cual marcó un hito en el manejo del envejecimiento demográfico a nivel mundial. Este plan hace un llamado a cambiar las actitudes, políticas y prácticas en todos los niveles y sectores en relación al envejecimiento en el siglo XXI²².

En respuesta a este interés, el periodo entre los años 1975 a 2025 fue designado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) como la “Era de Envejecimiento”, en virtud del creciente aumento de AM y el año 1999 se nominó el año “Internacional de las personas mayores”²¹.

Por consiguiente, una de las características principales del envejecimiento demográfico han sido las diferencias en el género y en la longevidad, lo que ha llevado a una feminización y menor esperanza de vida en los hombres, las razones de dicha mortalidad prematura aún no se entienden completamente, siendo la esperanza de vida en el hombre de 5 a 8 años promedio más corta que la de la mujer²³.

En la actualidad, América Latina vive y proyecta un incremento del envejecimiento de su población y una disminución de la tasa de fecundidad hacia el año 2050, lo que determinará un crecimiento y una estructura poblacional similar a la de los países desarrollados. Según la Organización Mundial de la salud (OMS) en el año 1997, a nivel de América Latina los países que poseen una transición demográfica más avanzada en el envejecimiento de la población son Uruguay, Cuba y Chile, muy por el contrario es la realidad que se observa en países como Bolivia y Haití, en donde se presentan los índices más bajos respecto del envejecimiento de su población²³.

Por otro lado, a nivel nacional se observa este tipo de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, generando indudablemente, un impacto considerable en la sociedad. Las estimaciones elaboradas sobre la base de censos anteriores indican que del total de la población, un millón y medio son AM, lo que significaría que un 10 % de esta tiene 60 años y más, predominando las mujeres que tenderán a aumentar más marcadamente que los hombres hacia el 2040²³; siendo desde el siglo XXI, la esperanza de vida estimada a los 60 años es de 23 años para las mujeres y 19 años para los hombres².

A nivel regional, las comunas con mayor porcentaje de AM son: Quilaco, Ranquil y Cobquecura. El índice de vejez regional es de 39,5%, levemente mayor al nacional con un

35%²⁴, lo que revela una población envejecida²⁵; así mismo, el escenario sociodemográfico de la Provincia de Ñuble ha visto modificada su estructura durante las últimas décadas, manifestado por los datos empíricos recogidos por el INE en los últimos Censos de los años 1992 y 2002, dando cuenta de un avance progresivo de la población sobre los 60 años de edad².

El envejecimiento para la OMS en 1974, es considerado un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios significativos durante todo el ciclo de la vida²⁶. Éste se encuadra dentro del proceso de la vida humana, siendo un estadio más del ciclo vital que se expresa a través de la disminución de las capacidades, siendo clasificado en tres tipos²⁷:

- Vejez cronológica: relativa al cumplimiento de una edad determinada, a partir de los 60 para las mujeres y 65 para los hombres. Esta edad coincide con el retiro de las actividades laborales formales.
- Vejez funcional: equivalente al vocablo “viejo”, es decir, incapaz o limitado que conlleva al cese de las funciones que anteriormente se realizaban. No obstante, éstas corresponden a limitantes culturales más que a una real deficiencia en los AM.
- Vejez como etapa vital: propone el rescate de esta etapa como positiva, distinta y única, donde el sujeto si bien presenta limitaciones, también posee características y potencialidades distintivas que contrarrestarían las desventajas.

Por otra parte, los investigadores han centrado su atención en los procesos de cambios o diferencias relacionadas con el comportamiento, realizando la siguiente clasificación^{21, 23}:

- Envejecimiento Biológico: Se refiere a los cambios físicos que reducen la eficiencia del sistema de órganos del cuerpo, tales como pulmones, corazón o sistema circulatorio. La causa principal del envejecimiento biológico es la declinación en la duplicación de células según el organismo envejece cronológicamente. Otro factor es la pérdida de

cierto tipo de células que no se reproducen. Lo que distingue al envejecimiento de otros procesos biológicos es que el envejecimiento físico llega gradualmente desde dentro del organismo en lugar del ambiente externo. Además, tiene un efecto negativo en el funcionamiento físico y es universal, ya que los cambios físicos acontecen en todas las personas. La dimensión biofisiológica del envejecimiento tiene que ver con cambios en la apariencia física, declinación gradual del vigor y pérdida de la habilidad física para resistir enfermedades o condiciones a las que se enfrenta eventualmente la persona por exposición a condiciones ambientales. Es así como los biólogos se refieren a este proceso como senectud o senescencia visto como envejecimiento biológico normal. Estos cambios, provocados por la edad, conducen irreversiblemente a un decrecer en la eficiencia funcional del organismo, y por lo tanto en una reducción de la capacidad para sobrevivir, que culmina en la muerte.

- Envejecimiento Psicológico: Trata de los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y perceptuales, destrezas motoras, funcionamiento mental, la personalidad, los impulsos, emociones y las motivaciones. La edad cronológica, fisiológica y psicológica raramente coinciden y esto añade una dimensión que acentúa las diferencias entre individuos en cuanto al fenómeno de envejecimiento.
- Envejecimiento Social: Se refiere a los hábitos sociales como papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, relaciones del trabajo y dentro de las organizaciones tales como religiosas, recreativas y grupos políticos.

El Servicio nacional del Adulto Mayor (SENAMA)²⁸ define al AM como toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres según la ley N° 19.828. Es importante reconocer que cada persona enfrentará esta etapa de la vejez de manera diferente en función de su personalidad, independiente de si los eventos ocurridos son positivos o negativos deben ajustarse a los cambios si se quiere alcanzar un nivel de satisfacción²¹. Sin embargo, en este ciclo de la vida es donde ocurren eventos críticos como problemas de salud, pérdida de seres queridos y, en muchos casos problemas económicos. A pesar de estas dificultades, muchos AM se encuentran en buena condición

de salud psico-emocional y con gran vitalidad, lo que genera un espacio propicio para el desarrollo de la resiliencia.

En relación a la resiliencia, uno de los mayores exponentes en el mundo de la teoría y de esta temática es el psiquiatra francés Boris Cyrulnik²⁹ quien la define como "la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación".

Del mismo modo, se ha conceptualizado la palabra resiliencia como una suerte de flexibilidad social adaptativa, vocablo que a lo largo del tiempo ha experimentado modificaciones de diferentes ciencias para describir y caracterizar a aquellos sujetos que a pesar de nacer o vivir en situaciones de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos, es por ello que siguiendo el contexto histórico se pueden distinguir dos tipos de generaciones: la primera generación de investigadores centrada en diferenciar a aquellos sujetos que se adaptan a pesar de los pronósticos de riesgo que cada uno posee, es decir, todo su énfasis se focalizó en el producto, en el ser resiliente, mientras que la segunda generación se abocó a determinar cuál es la dinámica entre factores que permiten la adaptación positiva colocando énfasis en el proceso, promoción y contexto social, en otras palabras, las personas aprenden a ser resilientes³⁰.

De esta forma, la resiliencia es un proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural que conduce a la optimización de los recursos humanos y permite sobreponerse a las situaciones adversas, lo que se ve manifestado en distintos niveles del desarrollo biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a los estímulos ambientales⁹. Las definiciones del concepto de resiliencia enfatizan características del sujeto resiliente: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a las situaciones vitales adversas, estresantes que les permita atravesarlas y superarlas, además, dan a conocer que esta se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos, es decir, las

personas no nacen resilientes, ni mucho menos se adquiere naturalmente en el desarrollo, sino que depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con otras personas, responsables de la construcción del sistema psíquico-humano³¹. En la actualidad la mayoría de los autores comparten una perspectiva interaccionista o constructivista del concepto de resiliencia, en tal sentido, ésta sería un rasgo propiamente humano, en tanto se constituya en la interacción social³². Asimismo, los diversos estudios reconocen que la resiliencia supone una combinación de factores personales y contextuales⁹.

De esta manera, el desarrollo de la resiliencia se sustenta en 8 pilares fundamentales³¹:

1. **Introspección:** es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
2. **Independencia:** se define como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
3. **Capacidad de relacionarse:** es la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
4. **Iniciativa:** gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
5. **Humor:** la capacidad de reír y encontrar lo cómico en la propia tragedia.
6. **Creatividad:** capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
7. **Moralidad:** la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de comprometerse con valores, este elemento ya es importante desde la infancia, pero sobre todo a partir de los 10 años.

8. **Autoestima consistente:** base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo.

De acuerdo a la literatura existente, un compilado publicado por Melillo A y colaboradores en el año 2001 sobre “Resiliencia y Envejecimiento”, señalan que el derrumbe de vida experimentado por los AM es causado por un conjunto de factores inherentes a la etapa senil, como son la salida del sistema laboral, encontrarse sin familia nuclear, viudez o enfermedad del cónyuge, “lo que los deja en soledad y sin los lazos establecidos al otro miembro de la pareja” , también proponen que “uno de los factores principales de riesgo de deterioro de la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo”³³. Las redes naturales comienzan a disminuir, siendo un proceso interactivo entre los sujetos y el medio, ya que a medida que se envejece, la red social sufre más pérdidas, y a su vez, las oportunidades de reemplazo para esas pérdidas se reducen significativamente, puesto que los AM tienen menos ocasiones sociales para hacer nuevos amigos y son muy pocos los que están dispuestos a realizar el esfuerzo de acomodación que depara el iniciar nuevas relaciones¹⁸. Además, los esfuerzos necesarios para mantener una conducta social activa en esta etapa de la vida son mayores, las habilidades disminuyen y surgen los sentimientos de soledad y múltiples pérdidas de roles, recuerdos, funciones y de la identidad misma¹⁷.

De esta manera, la resiliencia se puede desarrollar en cualquier etapa de la vida, siendo en la edad avanzada, una puesta a prueba permanente de la posibilidad de conservar y renovar una vida significativa y productiva³⁴. Las investigaciones en gerontología muestran que los AM que no desarrollan ninguna actividad se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos y conservan o establecen nuevas redes vecinales o grupos de pares y familiares, donde el enfoque de la resiliencia permite reconocer y potenciar aquellos recursos personales e interpersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva, aún durante su envejecimiento. Es así como la recreación educativa con los AM posibilita que esta etapa forme parte integrada de un

proyecto de vida autónomo que favorezca el reconocimiento y el trabajo de historización, es decir, experimentar los cambios e ir modificando activamente las expectativas de vida a futuro¹⁷.

Por otra parte, la ruralidad constituye otra realidad cultural que genera diversas perspectivas de vida sobre el envejecer y si bien el porcentaje de personas mayores que viven en las zonas rurales en Chile es bajo con un 12,7%, no le quita importancia ni excluye a este pequeño porcentaje de ser considerado y valorado, por lo que la ruralidad no debe entenderse como lo no urbano (carencia de servicios), sino más bien como una forma de cultura y de relaciones sociales particulares, entendiéndose de acuerdo a parámetros como los espacios marcados por una densidad relativamente débil de habitantes y de construcciones, determinando un predominio de paisajes vegetales, uso económico del suelo de preponderancia agro-silvo-pastoril, modo de vida de sus habitantes marcado por su pertenencia a colectividades de tamaño limitado, en las que existe un estrecho conocimiento personal, fuertes lazos sociales y por último, una especial relación que los habitantes mantienen con el espacio, favoreciendo un entendimiento directo y vivencial del medio ecológico³⁵. De esta manera, se podría entender lo rural como un concepto complejo en el que interactúan tres conceptos: población, economía/actividad, y cultura y relaciones, que deben estar presentes, en un grado u otro, en la definición de ruralidad²³. Sumado a lo anterior, existe una percepción del tiempo de carácter cíclico, lo cual dota al AM de un conjunto de saberes relacionados a la naturaleza³⁶.

De esta manera, las actividades de la vejez rural tradicional se encuentran ligadas a los cultivos y crianza de animales para el autoconsumo, estas pautas sociales y económicas que se dan al estar inserto en un medio rural son muy distintas a las del medio urbano, donde en la zona rural hay tradiciones de la organización familiar y comunal de las personas mayores, que corresponde a elementos de filiación e identificación familiar, además de lógicas de subsistencia, en que cada miembro familiar contribuye al ingreso común y junto con las resoluciones de las necesidades más habituales de la unidad

doméstica, generando determinadas perspectivas de percibir el curso de vida; lo que se vive en el mundo rural pone sobre el tapete las distintas formas y posibilidades de pensar, mirar y construir la vejez³⁵.

La familia tiene un gran rol en la socialización del mundo rural, que determina las relaciones sociales y la creación de grupos. El parentesco sigue siendo una relación importante dentro del medio rural, sin embargo, los vecinos son una red externa que se convierte en el marco de interacción y comunicación de los diferentes miembros de la familia con el entorno, siendo relevante este rol como fuente de solidaridad y de ayuda mutua, sin exceder los límites y funciones que debería ejercer una familia, como en el caso de la atención a los AM²³.

A partir de lo señalado, es relevante considerar otro aspecto para la construcción resiliente de la vejez, como lo es la participación social, una significación es el ser partícipe o parte de algo, en este caso de la sociedad, donde los AM reclaman y exigen espacios sociales en donde poder interactuar con el resto de la sociedad, es así como surgen los movimientos asociativos de AM conformando uniones, clubes, centros, y en definitiva, generando una organización social².

Por consiguiente, Chile está viviendo un interesante proceso de asociatividad de los AM, que hoy en día corresponde al 20% de éstos organizados, siendo alrededor de 300 mil personas, lo que implica que los AM se han transformado en actores sociales legitimados ante las autoridades tanto a nivel comunal, regional y nacional, a raíz de ello, han sido reconocidos y se han empoderado de su rol, como actores políticos colectivos, lo cual trae consigo la búsqueda del equilibrio social, pues han pasado de ser entes marginados de la sociedad y no tomados en cuenta a convertirse en el centro de atención, lo que se traduce en ser “influyentes”, permitiéndoles también conquistar espacios dentro de la sociedad, los mismos que quizás ocuparon en etapas anteriores de su vida, pero que una vez llegados a la vejez, les fueron quitados³⁵.

La actividad grupal permite a los AM establecer contactos sociales, desarrollar nuevas destrezas o retener las que se poseen, ayudar a otros miembros, mirar los asuntos desde otras perspectivas, negociar con personas de autoridad, desarrollar estrategias para el cumplimiento de tareas y el logro de las metas grupales²¹. En consecuencia, la importancia de pertenecer a grupos o tener una red en esta etapa de la vida, tiene un impacto positivo en los AM, lo que resulta de gran relevancia al momento de diseñar programas de promoción e intervención y establecer fundamentos para la elaboración de políticas en torno a esta realidad, por lo que “no da lo mismo” pertenecer o no pertenecer a un grupo o una red, pues claramente genera oportunidades de aprendizaje, convivencia con otros, ayuda mutua, desarrollo afectivo y una autopercepción positiva de sí mismo que proporciona herramientas para enfrentar las dificultades en este tramo de la vida¹³.

El estudio del proceso de envejecimiento en cuanto a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales están bajo el estudio de la gerontología, esta utiliza diversas teorías para explicar el fenómeno de la vejez, sin embargo, ninguna teoría por si sola lo explica a cabalidad²¹. Desde el comienzo de la década de 1950, los sociólogos, psicólogos y biólogos han propuesto teorías sobre el envejecimiento.

Aunque se observa mayor énfasis en la bibliografía de enfermería sobre temas relacionados con el crecimiento de la población de edad avanzada, se ha trabajado poco para elaborar teorías sobre el envejecimiento específicas de esta disciplina³⁷.

Dentro de las diversas teorías planteadas para explicar la vejez en el ámbito biológico se puede mencionar la “Teoría Génica” o “Reloj Biológico”, que explica que cada célula o todo el organismo tiene un código de envejecimiento programado genéticamente, que se almacena en el ADN del organismo donde existen influencias genéticas que predicen la situación física, la manifestación de enfermedades, la causa y la edad de la muerte y otros factores que contribuyen a la longevidad, donde se piensa que el ritmo biológico pierde parte de sus características rítmicas durante el envejecimiento³⁷. Así mismo, en el área psicosocial, se presenta la “Teoría de la actividad”, la cual establece que la imagen propia

se vincula a las funciones sociales que la persona desempeña. Por consiguiente, la teoría propone que para mantener el sentido del yo positivo, las personas deben sustituir las funciones sociales que han perdido en la vejez; es así que el bienestar se alcanzará por las actividades en los papeles sociales recién adquiridas y una vejez positiva requiere el descubrir nuevas funciones o medios de conservación de las antiguas²¹. Respecto a lo anterior, la actividad social es en sí y por sí sola beneficiosa, produciendo una mayor satisfacción con la vida y como consecuencia de ello, los AM desarrollan un concepto positivo de sí mismos³⁸. Dentro de esta misma área psicosocial, también se encuentra la “Teoría de la continuidad” la cual dará el sustento teórico al presente estudio.

“Teoría de la continuidad”.

Berenice Neugarten, una de las principales exponentes de ésta teoría señala como premisa básica que los individuos en etapas previas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas, hábitos y comportamientos que retienen en mayor grado en la vejez. Esta teoría sostiene que la personalidad está totalmente desarrollada cuando la persona llega a una edad avanzada, siendo uniforme a lo largo del resto de la vida³⁷. Así, la vejez no implica un cambio drástico en la vida de las personas, sino que, es una extensión de la vida previa de éstas y difiere sólo en que muestra signos de un declinar de las actividades. A excepción de los cambios biológicos y de salud, las personas mayores son iguales, y tienen esencialmente las mismas necesidades que en la edad mediana. De acuerdo con la teoría, según se entra en años subsiste una tendencia a la continuidad en la existencia; los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante toda la vida, persisten y se mantienen en la vejez, jugando la personalidad un papel fundamental en la adaptación a este proceso²³. De esta manera, la continuidad es una percepción subjetiva y cada persona debe adaptarse de modo individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para conectar las nuevas experiencias con las anteriores para que posteriormente estas sean utilizadas como una estrategia de adaptación con los cambios que se producen en el envejecimiento³⁸.

Siendo la continuidad una estrategia adaptativa que sirve como base al proceso de cambio, por un lado, el deseo de continuidad motiva a las personas a prepararse previamente para cambios importantes como la jubilación o viudez y, por otro lado, servir como una meta para la adaptación, determinándose principalmente por los estilos, hábitos, costumbres y gustos adquiridos a lo largo de toda la vida. En este sentido, las personas mayores preferirían ocupar su tiempo libre en aquellas actividades que han tenido mayor significación personal a lo largo de toda su vida en vez de iniciarse en actividades totalmente “nuevas” y desconocidas²³.

Por lo expuesto anteriormente, esta adaptación que se persigue en la teoría de la continuidad, guarda relación con los aspectos fundamentales en la capacidad de resiliencia en los AM, como proceso dinámico, constructivo, de origen interactivo, sociocultural, que conduce a la optimización de los recursos humanos y que permite sobreponerse a situaciones adversas.

1.5 Marco empírico

A continuación, se presentan una serie de artículos de investigación que incluyen alguna/s de las variables de estudio, 2 de ellos son internacionales y 5 nacionales.

1. Wells M. 2009 se planteó determinar el nivel de resiliencia del AM que vive en comunidades de zonas rurales para determinar si los factores socio demográficos, las redes sociales y de salud están asociados a la resiliencia. El estudio fue correlacional, de corte transversal. La muestra correspondió a 106 participantes de 65 años y más, hombres y mujeres. Los instrumentos utilizados fueron: escala resiliencia de Wagnild y Young, SF-12v2 y Escala Lubben red social revisada (LSNS-R). En cuanto a los resultados se encontró que la media de edad de los participantes fue de 75 años, el 56% con edades entre 65 y 74 años, el 54% fueron mujeres, el 63% estaban casados, 33% con estudios secundarios y un 39% con ingresos mayores a \$35,000. Respecto al nivel de resiliencia se encontró que la puntuación media de la escala de resiliencia, indica altos niveles de resiliencia¹⁵.

2. Wells M. 2010, se planteó como objetivo determinar diferencias en los niveles de resiliencia entre los adultos según ubicación de residencia (urbana, suburbana y rural) y determinar si los factores socio demográficos, las redes sociales y de salud están asociados a la resiliencia. El estudio es correlacional transversal, cuya muestra correspondió a 277 AM de 65 años y más, hombres y mujeres. Los instrumentos utilizados fueron: escala resiliencia de Wagnild y Young, SF-12v2 y Escala Lubben red social revisada (LSNS-R). En cuanto a los resultados se encontró que la media de edad de los participantes es de 75 años, en el área rural el 54% fueron hombres, en área urbana el 62% fue mujer, área suburbana el 55% fue mujer; en todas las zonas son casados con un 63%, 43% y 68% respectivamente; respecto a la localización, un 38% en el área rural, 27% en el área urbana y 34% en el área suburbana; con nivel educacional en el área rural 60% con estudios secundarios, área urbana 51% con estudios secundarios y área suburbana 40% college; en el total de zonas con ingresos mayores de \$35,000 con un 39%, 42% y 62% respectivamente. Respecto a la media del nivel de resiliencia de toda la muestra correspondió a 148 sin diferencias en la ubicación¹¹.
3. Cortés J y colaboradores en el año 2007, se plantearon identificar factores relacionados a la capacidad de resiliencia en el AM autovalente del CESFAM de Chillán Viejo. El estudio fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con una muestra de 176 AM entre 65 y 85 años de edad, hombres y mujeres. Instrumento utilizado: escala de resiliencia, de Wagnild y Young. En relación a los resultados se encontró que: el 69,9% eran mujeres; con un rango de edad de 65-70 años que presenta un 45,5%; el 40,3% presenta un nivel educacional básico incompleto; el 52,8% recibe un ingreso entre \$40.000- \$79.000, este estudio no se refiere al tipo ni red de apoyo como tal, sino que alude a una interacción social, como una ausencia o presencia de esta, presentando un 97,7% para los que refirieron tenerla, además señala que el 76,7% de los participantes presentan enfermedades crónicas, donde la hipertensión corresponde al más alto porcentaje con un 43,8%.

El 82,4% de los AM encuestados, poseen una alta capacidad de resiliencia y un 17% tiene una mediana capacidad de resiliencia, mientras que tan sólo un 0,6% posee una baja capacidad de resiliencia. En los AM entre 65 - 70 años de edad el 44,8% (alta capacidad de resiliencia), el 50,0% (mediana capacidad de resiliencia), 0% (baja capacidad de resiliencia); entre 71-75 años de edad un 30,3% (alta capacidad de resiliencia), 26,7% (mediana capacidad de resiliencia) y 0% (baja capacidad de resiliencia); entre 76-80 años de edad un 18,6% (alta capacidad de resiliencia), 10,0% (mediana capacidad de resiliencia), 100% (baja capacidad de resiliencia); entre 81-85 años de edad 6,2% (alta capacidad de resiliencia), 13,3% (mediana capacidad de resiliencia) y 0% (baja capacidad de resiliencia). De las mujeres un 71,0% (alta capacidad de resiliencia), 63,3% (mediana capacidad de resiliencia), 100% (baja capacidad de resiliencia). En hombres un 29,0% (alta capacidad de resiliencia), 36,7% (mediana capacidad de resiliencia) y 0% (baja capacidad de resiliencia). En la escolaridad, básica incompleta 38,6% (alta capacidad de resiliencia), 50,5% (mediana capacidad de resiliencia), 0% (baja capacidad de resiliencia); básica completa un 21,4% (alta capacidad de resiliencia), 33,3% (media capacidad de resiliencia), 0% (baja capacidad de resiliencia); en media incompleta un 15,9% (alta capacidad de resiliencia), 0% (media capacidad de resiliencia), 100% (baja capacidad de resiliencia); en media completa un 13,8% (alta capacidad de resiliencia), 6,7% (media capacidad de resiliencia), 0% (baja capacidad de resiliencia), en educación superior un 2,7% (alta capacidad de resiliencia), 3,3% (media capacidad de resiliencia) y 0% (baja capacidad de resiliencia); en sin escolaridad un 7,6% (alta capacidad de resiliencia), 6,7% (media capacidad de resiliencia) y un 0% (bala capacidad de resiliencia). En las enfermedades crónicas los que si presentan tienen 75,9% (alta capacidad de resiliencia), 80% (media capacidad de resiliencia), 100% (baja capacidad de resiliencia); aquellos que no presentan enfermedades crónicas presentan 24,1% (alta capacidad de resiliencia), 20% (media capacidad de resiliencia) y 0% (baja capacidad de resiliencia). Siendo

un total de 34,1% sin diabetes mellitus ni hipertensión arterial; 3,4% con diabetes mellitus; 43,8% con hipertensión arterial y 18,8% con ambas patologías³⁹.

4. Cortes J y colaboradores en el año 2008 se propusieron identificar qué factores sociodemográficos de la familia influyen en la capacidad de resiliencia del AM con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs). Estudio descriptivo de corte transversal, utilizó la Escala de resiliencia de SV-RES de Saavedra y Villalta. Estuvo compuesto por 46 mujeres con un 76,6%; y 14 hombres con un 23,4%; el 61,6% son casados, el ingreso con mayor porcentaje correspondió al tramo mayor de \$100.000 y menor o igual a \$150.000 con un 30%, respecto a la "participación familiar" en grupos comunitarios correspondió al 56,6%. Del total de hombres un 28,57% (alta resiliencia), el 57,14% (resiliencia promedio) y el 14,29% (bajo nivel de resiliencia). Del total de mujeres el 47,83% (alto nivel de resiliencia), el 39,13% (nivel promedio) y el 13,04% (bajo nivel de resiliencia). En cuanto a los AM con ECNTs arrojaron un 43,33% (alto nivel de resiliencia), un 43,33%, (nivel promedio de resiliencia) y sólo un 13,33% (bajo nivel de resiliencia); concluyendo que más del 86% de los AM encuestados presentan niveles promedio y alto de resiliencia y el 14% restante bajos niveles de resiliencia. En relación a la situación de pareja, del total de solteros el 20% (bajo nivel de resiliencia), el 30% (nivel promedio) y el 50% (alto nivel de resiliencia). Del total de AM casados, el 10,81% (bajo nivel de resiliencia), el 43,24% (nivel promedio) y el 45,95% (alto nivel de resiliencia). Del total de AM viudos, el 15,38% (bajo nivel de resiliencia), el 53,85% (nivel promedio de resiliencia) y el 30,77% (alto nivel de resiliencia). En cuanto del total de AM que participan en grupos comunitarios, el 14,71% (bajo nivel de resiliencia), el 44,12% (nivel promedio) y el 41,18% (alto nivel); del total de ancianos que no participan en grupos comunitarios, el 11,54% se ubica en nivel bajo de resiliencia, el 42,31% en nivel promedio y el 46,15% restante se ubica en alto nivel de resiliencia⁴⁰.
5. Saavedra E, Varas C. 2013, se plantearon elaborar un perfil de resiliencia de un conjunto de AM, entre aquellos que asisten a taller comunitarios (con red) y

aquellos que no asisten (sin red). El estudio fue de carácter cuantitativo, de nivel descriptivo-comparativo, en el cual la muestra estuvo compuesta por 82 AM, hombres y mujeres, del sector sur poniente de la ciudad de Curicó, Chile. Para evaluar las variables de estudio se emplearon la escala de Calidad de vida y la escala de resiliencia SV-RES de Saavedra y Villalta. Como resultado se obtiene que el 73,1% de los participantes evaluados fueron mujeres, el promedio de resiliencia del grupo total fue de 248 puntos, en tanto el grupo con red 259 y el grupo sin red 231 puntos. Al comparar a estos dos grupos, se constata que existe diferencia estadísticamente significativa en sus niveles de resiliencia, a favor del grupo con red ($\alpha = 0,05$). Por otra parte, frente a la resiliencia, las mujeres presentan un promedio de 254 puntos, en tanto los hombres alcanzan un puntaje de 230 puntos. Al comparar los grupos se constata que existe diferencia estadísticamente significativa ($\alpha = 0,05$)¹³.

6. En el estudio de Cortes J y colaboradores, en el año 2012, se plantearon identificar la capacidad de resiliencia en los jefes de hogar de la aldea "El Molino" de Dichato afectado por el terremoto y tsunami del 27 de Febrero de 2010, durante el año 2012. El estudio fue cuantitativo con diseño no experimental, de tipo descriptivo y corte transversal. La población de estudio, fueron 125 jefes de hogar afectados por el terremoto y tsunami 27-F, que residen en la aldea "El Molino" de Dichato. Se utilizó la escala de resiliencia de SV-RES de Saavedra y Villalta. El 80.80 % de la muestra es de sexo femenino, el 48.80% tuvo una escolaridad básica, el 43,2% medios y el 6,4% superiores; el 1,6% reportó no presentar estudios formales. El 44% de los sujetos estudiados presentaron baja capacidad de resiliencia, y el 56% restante se clasificó en promedio y alta. Respecto a los resultados que se obtuvieron en cada una de las dimensiones de la escala referente a la muestra total, se menciona que en los primeros cinco factores que conforman la escala de resiliencia, los valores medios para "Identidad" fueron de 51.20 ± 74.70 puntos, para "Autonomía" $40,50 \pm 54.40$ puntos, para "Satisfacción" 49.99 ± 28.09 puntos,

para “Pragmatismo” 58.89 ± 28.52 puntos y para “Vínculos” 38.10 ± 52.60 puntos. En los seis factores siguientes que conforman la escala de resiliencia, los valores medios para “Redes” fueron de 48.56 ± 29.19 puntos, para “Modelos” 38.80 ± 50.90 puntos, para “Metas” 48.04 ± 28.76 puntos y para “Afectividad” 31.50 ± 56.80 puntos. Los últimos tres factores que conforman la escala de Resiliencia, de los cuales los valores medios para “Autoeficacia” fue de 49.02 ± 28.74 puntos, para “Aprendizaje” 55.93 ± 30.29 puntos, y para “Generatividad” 45.70 ± 43.00 puntos. Los resultados muestran que el 72,7%, el 87,76% y el 85,71% de los clasificados con baja, promedio y alta capacidad de resiliencia, respectivamente, correspondieron al sexo femenino, también señalan que el 63.64% de los sujetos clasificados con capacidad de resiliencia “baja” informó menos de ocho años de estudios formales, el 89,8% de los clasificados como “promedio” informó doce años o menos, y el 76.19% de los clasificados como “alto” informó presentar estudios medios y técnico⁴¹.

7. Saavedra E y Villalta M. 2008, se plantearon describir y comparar los puntajes generales y por factores de la variable resiliencia. Estudio de carácter cuantitativo, descriptivo-comparativo, cuya muestra es de tipo intencional compuesta por 288 sujetos de ambos sexos y edades entre 15 a 65 años, con sujetos pertenecientes a la comuna de Curicó, Chile. Para evaluar la variable de estudio se empleó la escala de resiliencia SV-RES de Saavedra y Villalta. Como resultado se obtiene que el 61,1% eran mujeres, el 30,9% de la muestra en estudio tiene un rango de edad de 19 a 24 años. Para las dimensiones que conforman la escala de resiliencia, generatividad, modelos, Autoeficiencia, vínculos y aprendizajes presentan altos porcentajes en relación a la muestra total y las dimensiones con bajos porcentajes corresponden a satisfacción, pragmatismo y afectividad⁴².

1.6 Propósito de la investigación

Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

1.7 Objetivos generales y objetivos específicos

Objetivo general

Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, 2015.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la muestra en estudio según sexo, edad, estado civil, residencia, nivel educacional, ingreso mensual, religión, redes y tipos de apoyo, enfermedades crónicas.
2. Identificar el puntaje medio de las dimensiones que conforman la escala de resiliencia SV-RES en el AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán.
3. Identificar los niveles de las dimensiones que conforman la escala de resiliencia SV-RES que tengan mayor y menor prevalencia en el AM que participa en grupos comunitarios en la zona urbana y rural de Chillán.
4. Conocer el nivel de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán.
5. Conocer el nivel de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, según datos socio demográficos: sexo, edad, estado civil, nivel educacional, ingreso mensual.
6. Conocer el nivel de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, según datos socio antropológicos: religión y redes de apoyo.
7. Conocer los niveles de resiliencia del AM que participa en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, según enfermedades crónicas.

II. Métodos

2.1 Tipo de diseño

Estudio de carácter cuantitativo, de nivel descriptivo, probabilístico por conglomerado. En cuanto a su temporalidad se trata de un estudio transversal.

2.2 Población de estudio

Población de AM igual o superior a 60 años del área urbana y rural que participa en grupos comunitarios en Chillán, Chile.

2.3 Muestra

La muestra para este estudio tuvo un carácter probabilístico por conglomerados, con una razón de población rural-urbano de 1:2⁴³ quedando constituida por una muestra total de 242 AM de 60 y más años que participan en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán. Siendo en la zona rural las comunas de Caserío Linares, Quinquihua, Confluencia, El Emboque, Huape y Quinchamalí, con un 95% de confianza y un error de 6,3%. Los AM fueron pesquisados durante los meses de abril y mayo.

La muestra se obtuvo:

Para estimar la muestra, se debió indagar la población urbana y rural de la provincia de Ñuble a través de la división política administrativa y censal del INE⁴³ la cual proporcionó de un total de:

Población urbana: 285.108 personas.

Población rural: 152.995 personas.

De esta manera se estableció la razón entre ambas poblaciones, la cual se realizó de la siguiente forma:

$$\frac{R}{U} = \frac{152.995}{285.108} = 0,536 \approx 0,54\%$$

Siendo la razón:

$\frac{54}{100}$ Significando que por cada 100 individuos de población urbana, hay 54 individuos de la población rural.

El cálculo de la muestra se realizó con la fórmula cuya población tiende al infinito:

$$n \geq o = \frac{z^2 \times p (1-p)}{r^2}$$

$$n_0 = \frac{1,96^2 \times 0,25}{0,063^2} = 241,975 \approx 242$$

Dónde:

n: número de elementos de la muestra.

z: valor crítico correspondiente al nivel de confianza (95%)

r: margen de error permitido, determinado por el responsable del estudio (6,3%= 0,063)

p: probabilidad con la que se presenta el fenómeno.

n*: tamaño muestral cuando tiende a infinito

Luego de calculada la muestra, se utilizó la razón rural-urbana para determinar la cantidad de participantes por área, obteniéndose como resultado:

$$\frac{90 R}{54 R} = \frac{X U}{100 U} = X = 166,66 \approx 167 U$$

Por lo tanto, se realizaron las encuestas a 81 AM del área rural y a 161 AM del área urbana, cuya razón fue de 1:2 (aproximadamente 54%), con una muestra total de 242 AM.

2.4 Criterios de elegibilidad

Criterio de inclusión

- AM de 60 años y más.
- AM participante de un grupo comunitario urbano o rural a la fecha del levantamiento de datos.

Criterio de exclusión

- AM que cumpliendo todos los requisitos y criterios de inclusión, se niegue a participar.

2.5 Unidad de análisis

AM participantes de grupos comunitarios en la zona urbana y rural de Chillán.

2.6 Listado de variables (Anexo 1)

Variable de estudio:

- Nivel de resiliencia.

Variables socio demográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Residencia.
- Nivel educacional.
- Ingreso mensual.

Variables socio antropológicas:

- Redes y tipo de apoyo.
- Religión.

Otras variables:

- Enfermedades crónicas.

2.7 Descripción instrumento recolector

La recolección de datos se realizó por medio de encuestas aplicadas a AM participantes en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán que cumplieron con los criterios de inclusión, de acuerdo a lo evaluado por las investigadoras y expresado por el AM. A estos se les aplicó un cuestionario sociodemográfico creado por las investigadoras junto con la escala de resiliencia SV–RES.

a. Cuestionario estructurado (Anexo 2)

Instrumento elaborado por las investigadoras, destinado a conocer características sociodemográficas de los AM en relación a: sexo, edad, estado civil, residencia, nivel educacional, ingreso mensual; antecedentes socio antropológicos de los AM, tales como: redes apoyo y religión y otra variable que correspondió a enfermedades crónicas.

Este consta de 11 preguntas, de las cuales 4 son dicotómicas cerradas, 7 son politómicas. El cuestionario da respuesta desde la pregunta 1 a la 6 a información socio demográfica, de la 7 a la 9 a información socio antropológica y la 10 a la 11 información respecto a enfermedades crónicas de los AM.

b. Escala de resiliencia de SV –RES (Anexo 3)

Para la medición global y por dimensiones de la resiliencia se utilizó la escala de SV-RES 2008 Chile, autores E. Saavedra y M. Villalta³⁰. El formato está diseñado para ser auto aplicable, individual o de manera colectiva; para efectos de este estudio la escala será

aplicada conformando subgrupos apoyados por cada encuestadora, en un tiempo de administración de 20 minutos. El instrumento está constituido por 60 ítems, con alternativas tipo Likert, donde se encuentran las opciones:

- a) Muy de acuerdo (5 puntos)
- b) De acuerdo (4 puntos)
- c) Ni acuerdo ni desacuerdo (3 puntos)
- d) En desacuerdo (2 puntos)
- e) Muy en desacuerdo (1 punto)

La escala presenta un puntaje máximo de 300 puntos y el mínimo 60 puntos, estando dividida en 12 factores o dimensiones específicos de resiliencia, donde se encuentran:

- a) Yo soy, yo estoy
 - a. F1 Identidad
 - b. F2 Autonomía
 - c. F3 Satisfacción
 - d. F4 Pragmatismo
- b) Yo tengo
 - a. F5 Vínculos
 - b. F6 Redes
 - c. F7 Modelos
 - d. F8 Metas
- c) Yo puedo
 - a. F9 Afectividad
 - b. F10 Autoeficacia
 - c. F11 Aprendizaje
 - d. F12 Generatividad

Una vez obtenido el puntaje total se clasificará dentro de los siguientes niveles, a través de puntaje percentil:

- a. Bajo nivel de resiliencia: 0-25 pts.
- b. Promedio nivel de resiliencia: 26-74 pts.
- c. Alto nivel de resiliencia: 75-100 pts.

Los autores de la escala reportaron una validez con un coeficiente Pearson de $r = 0,76$ y una confiabilidad de 0.96 medida a través del alfa de Cronbach. Obtenidas mediante las propiedades psicométricas de tres estudios utilizados para su validación.

El primer estudio correspondiente a la muestra piloto realizó una validación teórica de jueces expertos, en torno al cuestionario construido y se correlacionan los resultados con la escala CD-RISC (USA), obteniendo como resultado una validez de contenido aplicando coeficiente de Aiken. Se trabajó con 10 jueces, dos profesionales concedores de concepto de resiliencia. Se eliminaron ítem con un nivel 0.8 hacia abajo. En el mismo estudio se obtiene una validez concurrente; en que se tomaron los puntajes totales de las pruebas CD-RISC y SV-RES y se les aplicó el coeficiente de correlación de Pearson obteniendo un $r: 0.75$. Lo anterior indica que la prueba SV-RES presenta una alta validez estadística. Por otro lado cuenta con una confiabilidad de 0,75 (alfa de Cronbach) y 0.96 para la prueba de dos mitades.

En un segundo estudio, se compara con muestra conocida sujetos con discapacidad motora y sin discapacidad en función de la variable resiliencia, a través de la escala CD-RISC (USA) Y SV-RES (Chile). Obteniéndose como resultado una correlación obtenida a través del coeficiente de correlación de Pearson de $r: 0.76$ entre ambas escalas. Al comparar el grupo con discapacidad motora con el grupo normal evaluado con CD-RISC arroja una diferencia estadísticamente significativa al 99,9%. Al comparar el grupo de discapacitados motores con el grupo normal, evaluados con el SV-RES arroja una diferencia estadísticamente significativa al 95,64%.

Finalmente, en un tercer estudio se realiza una comparación con grupos conocidos por tramos de edad, se aprecia en los resultados que los jóvenes entre 19 y 24 años aparecen con puntajes más altos y los adultos entre 46 y 55 años los más bajos.

2.8 Procedimiento para recolección de datos

Una vez obtenida la aprobación del presente estudio por parte de la Dirección de desarrollo comunitario de Chillán (DIDECO) (anexo 4), fue facilitada una lista con los grupos comunitarios de AM pertenecientes al área urbana y rural de Chillán. Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados para la población urbana y en relación a población rural fue considerada en su totalidad, estableciéndose una muestra de modo referencial rural-urbano con una razón 1:2⁴³ satisfaciendo con los individuos reclutados el cálculo con 95% de confianza y 6,3% de error. De esta manera, utilizando el listado de grupos comunitarios del área urbana, se realizó un sorteo por azar simple para determinar el número de grupos comunitarios a contactar y satisfacer la muestra por conglomerado, previa realización de un filtro para descartar grupos inactivos. En cuanto a la muestra rural, esta correspondió a la totalidad de la población rural participante en los grupos comunitarios activos reclutados del listado otorgado. Posterior a esto, se procedió a realizar un contacto telefónico con el presidente de cada grupo comunitario, para conseguir su autorización informal y de esta manera fijar una cita para solicitar esta autorización de forma presencial a través de una carta autorizada por la Escuela de Enfermería con firma de la directora (anexo 5).

En cuanto a la recogida de datos de la presente investigación, en primera instancia el grupo de investigadoras se dirigió a los lugares seleccionados de la zona urbana y rural, durante los meses de abril y mayo. Acordado el lugar y hora de encuentro de las reuniones habituales, se procedió a explicar de forma clara y sencilla los objetivos de la investigación, instrumentos de recolección y el tiempo requerido para contestar los cuestionarios de manera verbal. Se invitó a participar en el estudio a todos los AM presentes que cumplan con los criterios de elegibilidad, especificando enfáticamente que

aquellos AM que no desean colaborar se encontraban en total libertad de negarse o retirarse, no afectando su condición de participante de dichos grupos comunitarios. Posteriormente, se continuó con la entrega de los consentimientos informados (anexo 6) a los AM con el objetivo de solicitar su autorización para participar del estudio, previa lectura generalizada en el grupo con su respectiva aclaración si así se requería. De esta forma, se dio inicio a la recogida de datos la cual fue aplicada conformando subgrupos apoyados por cada encuestadora, en un tiempo de administración de 20 minutos, previa lectura de sus instrucciones para poder completar los instrumentos y aclarar las dudas pertinentes, señalando enfáticamente el anonimato y confidencialidad de la información prestada. La elección de esta modalidad de aplicación del instrumento, en forma personalizada por las investigadoras, obedece al objetivo de querer lograr datos estandarizados, fiables y válidos, disminuyendo al máximo las ambigüedades, sesgos y errores de interpretación en la misma.

Una vez finalizada la aplicación se recogió el consentimiento informado junto a los instrumentos, se agradeció la colaboración y se les informó a los AM que sus datos serían guardados en un lugar seguro y posterior a su análisis serían destruidos. Solo quedando los registros globales del correspondiente estudio.

Prueba piloto

La prueba piloto fue aplicada a 11 AM pertenecientes al sector rural de Rinconada de Idahue, Coltauco (sexta región) y a 6 AM pertenecientes al sector de capilla Cox, Cato (octava región); durante la segunda semana de abril, con las respectivas autorizaciones y consentimientos informados de los AM que participaron en esta etapa del estudio. Esta prueba permitió verificar el grado de comprensión del instrumento recolector, determinar el tiempo necesario para su aplicación y realizar las correcciones pertinentes según los resultados obtenidos.

2.9 Aspectos éticos

Este estudio fue autorizado por el Director del Desarrollo Comunitario Chillán, Don Mauricio Gutiérrez y los presidentes de los respectivos grupos comunitarios de la zona rural y urbana, informándoles el propósito, objetivos y actividades a realizar.

De acuerdo a los principios de Helsinky⁴⁴ y la legislación chilena vigente en la ley 20.584 artículo 14⁴⁵, se solicitó a cada uno de los participantes su consentimiento informado explicando junto con ello el objetivo del estudio, las características de la medición y el carácter no remunerado del mismo. Los AM, tuvieron la libertad de aceptar o rechazar su participación en el estudio, abandonar en el momento que ellos deseen y las investigadoras se comprometieron a velar por la confidencialidad de los datos obtenidos a través de los instrumentos aplicados. Este estudio no implicó ningún riesgo para los participantes.

2.10 Análisis estadístico

Se utilizó frecuencias y porcentajes para la descripción de variables de tipo cualitativas.

La descripción del instrumento SV-RES con sus puntuaciones fue determinada con medidas de tendencia central y dispersión (mediana y rango intercuartílico), según el tipo de distribución de los datos, el cual fue evaluado con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (p-valor adecuado según el criterio de Lilliefors).

Los valores fueron transformados a tres categorías de resiliencia, describiéndose como variables cualitativas en tablas de frecuencias y contingencia.

III. Resultados

3.1 Presentación de resultados

Se obtuvo una muestra de 242 AM, de los cuales 161 eran provenientes de zonas urbanas y 81 de zonas rurales de Chillán.

Tabla 1
Distribución de la muestra de adultos mayores rurales y urbanos según sus principales características

Características	n=242	%
Sexo		
Hombre	44	18,2
Mujer	198	81,8
Edad (años)		
60-64	43	17,8
65-69	76	31,4
70-74	45	18,6
75-79	41	16,9
80 y más	37	15,3
Estado civil		
Soltero	36	15
Casado	122	50,4
Viudo	69	28,5
Separado	10	4,1
Divorciado	3	1,2
Conviviente	2	0,8
Residencia		
Urbano	161	66,5
Rural	81	33,5
Nivel educacional		
Sin estudios	9	3,7
Básica incompleta	85	35,1
Básica completa	40	16,5
Media incompleta	32	13,2
Media completa	48	20
Superior	28	11,6
Ingreso Mensual		
\$ 0 - \$71.788	48	19,8
\$71.789- \$120.229	80	33,1
\$120.230- \$184.909	61	25,2
\$ 184.910 - \$337.775	34	14,0
\$ 337.776 – más	19	7,9

Fuente. Elaboración propia

El 81,8% fueron mujeres, el 31,4% indicaron una edad entre 65 y 69 años y el 50,4% eran casados. El 35,1% declararon no haber completado estudios básicos y el 33,1% indicaron un ingreso mensual de \$71.789- \$120.229 pesos (tabla 1).

Tabla 2
Distribución de la muestra de adultos mayores rurales y urbanos según religión, redes y enfermedades crónicas

Características	n=242	%
Religión		
Católico	189	78,1
Evangélico	36	14,9
Otra religión o credo	12	5,0
Ateo	2	0,8
Agnóstico	3	1,2
Redes de apoyo		
Ninguna	6	2,5
Una	142	58,7
Dos	41	16,9
Tres	21	8,7
Cuatro	32	13,2
Tipos de redes de apoyo*		
Familia	230	97,5
Amigos	65	27,5
Vecinos	62	26,3
Grupos organizados	58	24,6
Enfermedades crónicas		
Ninguna	31	12,8
Una	82	33,9
Dos	76	31,4
Tres	41	16,9
Cuatro	12	5,0
Tipos de enfermedades crónicas**		
Hipertensión	171	81
Diabetes	81	38,4
Enfermedades Osteoarticulares	88	41,7
Otras	65	30,8

*Correspondiente al recuento tipos de redes de apoyo (n=236)

Fuente. Elaboración propia

**Correspondiente al recuento tipo de enfermedades crónicas (n=211)

El 78,1% de los sujetos evaluados indicaron profesar la religión católica y el 14,9%, evangélico. El 58,7% refirió presentar una red de apoyo, mientras que el 16,9%, dos, y en

cuanto al tipo de red que ellos utilizan, el 97,5% es proveniente de su círculo familiar. Respecto a la cantidad de enfermedades crónicas, el 87,2% indicó presentar una o más enfermedades crónicas, de los cuales el 81% de las menciones fue para Hipertensión Arterial (tabla 2).

Tabla 3

Puntajes medios de las dimensiones que conforman la escala de resiliencia SV-RES en adultos mayores urbanos y rurales de la muestra

Escala de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Identidad	75,8 ± 49,0	61,9 ± 64,0	75,8 ± 53,0
Autonomía	78,2 ± 33,0	78,2 ± 60,0	78,2 ± 50,0
Satisfacción	78,9 ± 44,0	78,9 ± 53,0	78,9 ± 44,0
Pragmatismo	78,2 ± 42,0	78,2 ± 57,0	78,2 ± 57,0
Vínculo	72,0 ± 51,0	61,2 ± 62,0	72,0 ± 51,0
Redes	76,5 ± 45,0	76,5 ± 45,0	76,5 ± 45,0
Modelos	59,9 ± 54,0	59,9 ± 61,0	59,9 ± 61,0
Metas	71,3 ± 58,0	52,9 ± 58,0	63,0 ± 58,0
Afectividad	76,5 ± 57,0	68,2 ± 46,0	68,2 ± 46,0
Autoeficiencia	68,9 ± 55,0	68,9 ± 63,0	68,9 ± 55,0
Aprendizaje	70,2 ± 53,0	70,2 ± 63,0	70,2 ± 53,0
Generatividad	65,7 ± 65,0	45,7 ± 65,0	54,7 ± 65,0

$P_{50} \pm (P_{75} - P_{25})$; los datos no se distribuyeron normal, según prueba de Kolmogorov-Smirnov, adecuación de Lilliefors Fuente. Elaboración propia

Respecto a los puntajes medios de las dimensiones que conforman la escala que mide nivel de resiliencia, la tabla 3 señala que la dimensión “satisfacción” presentó la mediana más alta en sujetos urbanos (78,9 ± 44,0 puntos) y rurales (78,9 ± 53,0 puntos). El puntaje más bajo fue para la dimensión “modelos” en el grupo que vivía en zonas urbanas (59,9 ± 54,0) y “generatividad” en zonas rurales (45,7 ± 65,0 puntos).

Tabla 4.1

Prevalencia del nivel de las dimensiones de la escala de resiliencia SV-RES en adultos mayores urbanos y rurales de la muestra (sigue)

Escala de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Identidad			
Bajo	14 (8,7%)	5 (6,2%)	19 (7,9%)
Promedio	51 (31,7%)	37 (45,7%)	88 (36,4%)
Alto	96 (59,6%)	39 (48,1%)	135 (55,8%)
Total	161 (100%)	81 (100%)	242(100%)
Autonomía			
Bajo	6 (3,7%)	8 (9,9%)	14 (5,8%)
Promedio	54 (33,5%)	31 (38,3%)	85 (35,1%)
Alto	101 (62,7%)	42 (51,9%)	143 (59,1%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Satisfacción			
Bajo	8 (5,0%)	4 (4,9%)	12 (5,0%)
Promedio	52 (32,3%)	32 (39,5%)	84 (34,7%)
Alto	101 (62,7%)	45 (55,6%)	146 (60,3%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Pragmatismo			
Bajo	11 (6,8%)	2 (2,2%)	13 (5,4%)
Promedio	56 (34,8%)	34 (42,0%)	90 (37,2%)
Alto	94 (58,4%)	45 (55,6%)	139 (57,4%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Vínculo			
Bajo	9 (5,6%)	9 (11,1%)	18 (7,4%)
Promedio	76 (47,2%)	42 (51,9%)	118 (48,8%)
Alto	76 (47,2%)	30 (37,0%)	106 (43,8%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Redes			
Bajo	7 (4,3%)	4 (4,9%)	11 (4,5%)
Promedio	53 (32,9%)	31 (38,3%)	84 (34,7%)
Alto	101 (62,7%)	46 (56,8%)	147 (60,7%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)

Fuente. Elaboración propia

La tabla 4.1 presenta las primeras seis dimensiones de la escala SV-RES, encontrándose para autonomía, satisfacción y redes un 62,7% los cuales calificaron en la categoría “alto” en zonas urbanas. De la muestra que calificó como “bajo” eran sujetos rurales para la dimensión pragmatismo con un 2,2%.

Tabla 4.2

Prevalencia del nivel de las dimensiones de la escala de resiliencia SV-RES en adultos mayores urbanos y rurales de la muestra (continuación)

Escala de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Modelos			
Bajo	15 (9,3%)	14 (17,3%)	29 (12,0%)
Promedio	83 (51,6%)	40 (49,4%)	123 (50,8%)
Alto	63 (39,1%)	27 (33,3%)	90 (37,2%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Metas			
Bajo	20 (12,4%)	12 (14,8%)	32 (13,2%)
Promedio	77 (47,8%)	37 (45,7%)	114 (47,1%)
Alto	64 (39,8%)	32 (39,5%)	96 (39,7%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Afectividad			
Bajo	19 (11,8%)	14 (17,3%)	33 (13,6%)
Promedio	60 (37,3%)	39 (48,1%)	99 (40,9%)
Alto	82 (50,9%)	28 (34,6%)	110 (45,5%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Autoeficiencia			
Bajo	8 (5,0%)	2 (2,5%)	10 (4,1%)
Promedio	79 (49,1%)	44 (54,3%)	123 (50,8%)
Alto	74 (46,0%)	35 (43,2%)	109 (45,0%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Aprendizaje			
Bajo	16 (9,9%)	9 (11,1%)	25 (10,3%)
Promedio	73 (45,3%)	38 (46,9%)	111 (45,9%)
Alto	72 (44,7%)	34 (42,0%)	106 (43,8%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)
Generatividad			
Bajo	23 (14,3%)	16 (19,8%)	39 (16,1%)
Promedio	82 (50,9%)	36 (44,4%)	118 (48,8%)
Alto	56 (34,8%)	29 (35,8%)	85 (35,1%)
Total	161 (100%)	81(100%)	242(100%)

Fuente. Elaboración propia

La tabla 4.2 presenta las seis últimas dimensiones de la escala SV-RES. Se encontró que los participantes de zona rural con un 54,3% calificaron como “promedio” nivel de resiliencia para autoeficiencia. Para las dimensiones modelos con un 51,6% y generatividad con un 50,9% de la muestra de la zona urbana calificaron con nivel “promedio” de resiliencia. Se encontró que el 50,9% de los sujetos en la zona urbana presentaron un nivel “alto” de resiliencia para afectividad.

Tabla 5
Nivel de resiliencia total en adultos mayores urbanos y rurales

Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Bajo	16 (9,9%)	12 (14,8%)	28 (11,6%)
Promedio	66 (41,0%)	34 (42,0%)	100 (41,3%)
Alto	79 (49,1%)	35 (43,2%)	114 (47,1%)
Total	161 (100%)	81 (100%)	242 (100%)

Fuente. Elaboración propia

Respecto a los resultados del nivel de resiliencia total se encontró para la categoría “alto” un 49,1%, para “promedio” un 41,0% y para “bajo” un 9,9% en AM urbanos. Y en la zona rural calificaron como “alto” con un 43,2%, “promedio” con un 42,0% y “bajo” con un 14,8%.

Tabla 6
Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según sexo

Sexo/Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Hombre			
Bajo	4 (16,7%)	4 (20,0%)	8 (18,2%)
Promedio	10 (41,7%)	7 (35,0%)	17 (38,6%)
Alto	10 (41,7%)	9 (45,0%)	19 (43,2%)
Total	24 (100%)	20 (100%)	44 (100%)
Mujer			
Bajo	12 (8,8%)	8 (13,1%)	20 (10,1%)
Promedio	56 (40,9%)	27 (44,3%)	83 (41,9%)
Alto	69 (50,4%)	26 (42,6%)	95 (48,0%)
Total	137 (100%)	61 (100%)	198 (100%)

Fuente. Elaboración propia

La tabla 6 presenta para el total de los sujetos de estudio tanto urbanos como rurales el nivel de resiliencia según sexo. Los porcentajes más altos se encontraron para el “alto” nivel de resiliencia en mujeres urbanas con un 50,4% y hombres rurales con un 45,0%. Los porcentajes más bajos se encontraron en mujeres urbanas con un 8,8% para la categoría “bajo” nivel de resiliencia y mujeres rurales con un 13,1% para la misma categoría.

Tabla 7
Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según rangos de edad

Rango de edad/Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
60 a 64 años			
Bajo	1 (3,7%)	1 (6,3%)	2 (4,7%)
Promedio	10 (37,0%)	6 (37,5%)	16 (37,2%)
Alto	16 (59,3%)	9 (56,3%)	25 (58,1%)
Total	27 (100%)	16 (100%)	43 (100%)
65 a 69 años			
Bajo	5 (9,8%)	4 (16,0%)	9 (11,8%)
Promedio	26 (51,0%)	12 (48,0%)	38 (50,0%)
Alto	20 (39,2%)	9 (36,0%)	29 (38,2%)
Total	51 (100%)	25 (100%)	76 (100%)
70 a 74 años			
Bajo	3 (9,7%)	4 (28,6%)	7 (15,6%)
Promedio	12 (38,7%)	5 (35,7%)	17 (37,8%)
Alto	16 (51,6%)	5 (35,7%)	21 (46,7%)
Total	31 (100%)	14 (100%)	45 (100%)
75 a 79 años			
Bajo	2 (6,9%)	1 (8,3%)	3 (7,3%)
Promedio	12 (41,4%)	5 (41,7%)	17 (41,5%)
Alto	15 (51,7%)	6 (50,0%)	21 (51,2%)
Total	29 (100%)	12 (100%)	41 (100%)
80 y más años			
Bajo	5 (21,7%)	2 (14,3%)	7 (18,9%)
Promedio	6 (26,1%)	6 (42,9%)	12 (32,4%)
Alto	12 (52,2%)	6 (42,9%)	18 (48,6%)
Total	23 (100%)	14 (100%)	37 (100%)

Fuente. Elaboración propia

Respecto al nivel de resiliencia por rangos de edad, el 59,3% de las personas que evaluaron su nivel de resiliencia como “alto” fueron de zonas urbanas y el 56,3%, de zonas rurales en edades que fluctúan entre los 60 a 64 años. En tanto, los resultados de la zona rural, el 6,3% calificó como “bajo” su nivel de resiliencia para el mismo rango de edad.

En los grupos de 80 y más años, 75-79 años y 70-74 años de zonas urbanas, el 52,2%, 51,7% y 51,6% calificaron un “alto” nivel de resiliencia. El 51,0% de sujetos de zonas urbanas entre 65-69 años calificaron en un nivel “promedio” (tabla 7)

Tabla 8
Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según estado civil

Estado civil/ Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Soltero			
Bajo	1 (4,0%)	3 (27,3%)	4 (11,1%)
Promedio	13 (52,0%)	3 (27,3%)	16 (44,4%)
Alto	11 (44,0%)	5 (45,5%)	16 (44,4%)
Total	25 (100%)	11 (100%)	36 (100%)
Casado			
Bajo	10 (12,7%)	6 (14,0%)	16 (13,1%)
Promedio	32 (40,5%)	18 (41,9%)	50 (41,0%)
Alto	37 (46,8%)	19 (44,2%)	56 (45,9%)
Total	79 (100%)	43 (100%)	122 (100%)
Viudo			
Bajo	5 (10,6%)	3 (13,6%)	8 (11,6%)
Promedio	18 (38,3%)	10 (45,5%)	28 (40,6%)
Alto	24 (51,1%)	9 (40,9%)	33 (47,8%)
Total	47 (100%)	22 (100%)	69 (100%)
Separado			
Bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Promedio	3 (42,9%)	3 (100%)	6 (60,0%)
Alto	4 (57,1%)	0 (0,0%)	4 (40,0%)
Total	7 (100%)	3 (100%)	10 (100%)
Divorciado			
Bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Promedio	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alto	3 (100%)	0 (0,0%)	3 (100%)
Total	3 (100%)	0 (100%)	3(100%)
Conviviente			
Bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Promedio	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alto	0 (0,0%)	2 (100%)	2 (100%)
Total	0 (100%)	2 (100%)	2 (100%)

Fuente. Elaboración propia

Según el estado civil de los participantes, el 100% de los divorciados urbanos y convivientes rurales calificaron su nivel de resiliencia como “alto” y el 100% de los separados rurales, “promedio” (tabla 8)

Tabla 9

Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según nivel educacional

Nivel educacional/ Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Sin estudios			
Bajo	2 (66,7%)	1 (16,7%)	3 (33,3%)
Promedio	1 (33,3%)	1 (16,7%)	2 (22,2%)
Alto	0 (0,0%)	4 (66,7%)	4 (44,4%)
Total	3 (100%)	6 (100%)	9 (100%)
Básica incompleta			
Bajo	7 (17,1%)	6 (13,6%)	13 (15,3%)
Promedio	16 (39,0%)	22 (50,0%)	38 (44,7%)
Alto	18 (43,9%)	16 (36,4%)	34 (40,0%)
Total	41 (100%)	44 (100%)	85 (100%)
Básica completa			
Bajo	3 (10,0%)	3 (30,0%)	6 (15,0%)
Promedio	15 (50,0%)	2 (20,0%)	17 (42,5%)
Alto	12 (40,0%)	5 (50,0%)	17 (42,5%)
Total	30 (100%)	10 (100%)	40 (100%)
Media incompleta			
Bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Promedio	12 (50,0%)	3 (37,5%)	15 (46,9%)
Alto	12 (50,0%)	5 (62,5%)	17 (53,1%)
Total	24 (100%)	8 (100%)	32 (100%)
Media completa			
Bajo	3 (7,0%)	1 (20,0%)	4 (8,3%)
Promedio	15 (34,9%)	2 (40,0%)	17 (35,4%)
Alto	25 (58,1%)	2 (40,0%)	27 (56,3%)
Total	43 (100%)	5 (100%)	48 (100%)
Superior			
Bajo	1 (5,0%)	1 (12,5%)	2 (7,1%)
Promedio	7 (35,0%)	4 (50,0%)	11 (39,3%)
Alto	12 (60,0%)	3 (37,5%)	15 (53,6%)
Total	20 (100%)	8 (100%)	28 (100%)

Fuente. Elaboración propia

Respecto al nivel educacional de los participantes del estudio, el 66,7% de AM urbanos presentó un “bajo” nivel de resiliencia en la categoría sin estudios. Para el grupo con nivel educacional superior, el 60,0% tuvo una “alta” resiliencia. Para los que manifestaron no tener estudios con un 66,7% y aquellos con educación media incompleta con un 62,5% de zonas rurales presentaron un “alto” nivel de resiliencia (tabla 9).

Tabla 10

Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según ingreso mensual

Ingreso mensual/ Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
\$ 0 – 71.788			
Bajo	2 (7,1%)	2 (10,0%)	4 (8,3%)
Promedio	12 (42,9%)	10 (50,0%)	22 (45,8%)
Alto	14 (50,0%)	8 (40,0%)	22 (45,8%)
Total	28 (100%)	20 (100%)	48 (100%)
\$ 71.789 - 120.229			
Bajo	8 (17,8%)	6 (17,1%)	14 (17,5%)
Promedio	15 (33,3%)	16 (45,7%)	31 (38,8%)
Alto	22 (48,9%)	13 (37,1%)	35 (43,8%)
Total	45 (100%)	35 (100%)	80 (100%)
\$ 120.230 – 184.909			
Bajo	3 (6,8%)	3 (17,6%)	6 (9,8%)
Promedio	20 (45,5%)	5 (29,4%)	25 (41,0%)
Alto	21 (47,7%)	9 (52,9%)	30 (49,2%)
Total	44 (100%)	17 (100%)	61 (100%)
\$ 184.910 – 337.775			
Bajo	3 (10,3%)	1 (20,0%)	4 (11,8%)
Promedio	11 (37,9%)	1 (20,0%)	12 (35,3%)
Alto	15 (51,7%)	3 (60,0%)	18 (52,9%)
Total	29 (100%)	5 (100%)	34 (100%)
\$ 337.776 – más			
Bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Promedio	8 (53,3%)	2 (50,0%)	10 (52,6%)
Alto	7 (46,7%)	2 (50,0%)	9 (47,4%)
Total	15 (100%)	4 (100%)	19 (100%)

Fuente. Elaboración propia

La tabla 10 presenta el nivel de resiliencia según el ingreso económico de los sujetos estudiados. Se encontró en la categoría \$184.910 – \$337.775 y \$120.230 – \$184.909 un “alto” nivel de resiliencia para AM rurales con 60,0% y 52,9% respectivamente. Los participantes urbanos, con un ingreso de \$337.776 y más, presentaron un nivel “promedio” de resiliencia con un 53,3%.

Tabla 11
Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según religión

Religión/ Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Católico			
Bajo	9 (6,6%)	8 (15,1%)	17 (9,0%)
Promedio	60 (44,1%)	28 (52,8%)	88 (46,6%)
Alto	67 (49,3%)	17 (32,1%)	84 (44,4%)
Total	136 (100%)	53 (100%)	189 (100%)
Evangélico			
Bajo	3 (20,0%)	3 (14,3%)	6 (16,7%)
Promedio	4 (26,7%)	5 (23,8%)	9 (25,0%)
Alto	8 (53,3%)	13 (61,9%)	21 (58,3%)
Total	15 (100%)	21 (100%)	36 (100%)
Ateo			
Bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Promedio	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alto	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Total	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)
Agnóstico			
Bajo	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)
Promedio	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)
Alto	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)
Total	3 (100%)	0 (100%)	3 (100%)
Otra religión o credo			
Bajo	3 (50,0%)	1 (16,7%)	4 (33,3%)
Promedio	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)
Alto	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (50,0%)
Total	6 (100%)	6 (100%)	12 (100%)

Fuente. Elaboración propia

La tabla 11 presenta el nivel de resiliencia según religión. Se obtuvo en la zona urbana y rural un nivel “alto” de resiliencia con un 100% para aquellos que manifestaron ser ateos. Los AM rurales que profesan otra religión o credo con un 66,7% y evangélicos con un 61,9%, presentaron un “alto” nivel de resiliencia.

Tabla 12.1

Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según redes de apoyo (sigue)

Red de apoyo/ Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Ninguna red de apoyo			
Bajo	3 (60,0%)	0 (0,0%)	3 (50,0%)
Promedio	2 (40,0%)	1 (100%)	3 (50,0%)
Alto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	5 (100%)	1 (100%)	6 (100%)
Una red de apoyo			
Bajo	7 (6,5%)	4 (11,8%)	11 (7,7%)
Promedio	47 (43,5%)	14 (41,2%)	61 (43,0%)
Alto	54 (50,0%)	16 (47,1%)	70 (49,3%)
Total	108 (100%)	34 (100%)	142 (100%)
Dos redes de apoyo			
Bajo	2 (11,8%)	4 (16,7%)	6 (14,6%)
Promedio	8 (47,1%)	11 (45,8%)	19 (46,3%)
Alto	7 (41,2%)	9 (37,5%)	16 (39,0%)
Total	17 (100%)	24 (100%)	41 (100%)
Tres redes de apoyo			
Bajo	4 (30,8%)	2 (25,0%)	6 (28,6%)
Promedio	2 (15,4%)	4 (50,0%)	6 (28,6%)
Alto	7 (53,8%)	2 (25,0%)	9 (42,9%)
Total	13 (100%)	8 (100%)	21 (100%)
Cuatro redes de apoyo			
Bajo	0 (0,0%)	2 (14,3%)	2 (6,3%)
Promedio	7 (38,9%)	4 (28,6%)	11 (34,4%)
Alto	11 (61,1%)	8 (57,1%)	19 (59,4%)
Total	18 (100%)	14 (100%)	32 (100%)

Fuente. Elaboración propia

Respecto a la cantidad de redes de apoyo de los sujetos de estudio, el 100% de los AM rurales que manifestaron no tener red de apoyo, presentaron un nivel “promedio” de resiliencia. El 61,1% de los participantes urbanos con cuatro redes de apoyo, obtuvieron

un nivel “alto” de resiliencia y el 60,0% con ninguna red de apoyo, calificaron “baja” resiliencia (tabla 12.1)

Tabla 12.2

Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según redes de apoyo (continúa)

Tipos de redes de apoyo /Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=236)
	Urbano (n=156)	Rural (n=80)	
Familia			
Bajo	11 (7,2%)	12 (15,4%)	23 (10,0%)
Promedio	63 (41,4%)	33 (42,3%)	96 (41,7%)
Alto	78 (51,3%)	33 (42,3%)	111 (48,3%)
Total	152 (100%)	78 (100%)	230 (100%)
Amigos			
Bajo	3 (8,1%)	5 (17,9%)	8 (12,3%)
Promedio	13 (35,1%)	10 (35,7%)	23 (35,4%)
Alto	21 (56,8%)	13 (46,4%)	34 (52,3%)
Total	37 (100%)	28 (100%)	65 (100%)
Vecinos			
Bajo	5 (14,7%)	4 (14,3%)	9 (14,5%)
Promedio	10 (29,4%)	10 (35,7%)	20 (32,3%)
Alto	19 (55,9%)	14 (50,0%)	33 (53,2%)
Total	34 (100%)	28 (100%)	62 (100%)
Grupos organizados			
Bajo	4 (13,3%)	5 (17,9%)	9 (15,5%)
Promedio	11 (36,7%)	11 (39,3%)	22 (37,9%)
Alto	15 (50,0%)	12 (42,9%)	27 (46,6%)
Total	30 (100%)	28 (100%)	58 (100%)

Fuente. Elaboración propia

Según la tabla 12.2 presenta el nivel de resiliencia según los tipos de redes de apoyo. Se presentó un “alto” nivel de resiliencia en la zona urbana y rural con un 56,8% y 46,4% respectivamente, para aquellos que manifestaron apoyo de amigos. Así mismo los participantes urbanos con un 55,9% y rurales con un 50,0% que manifestaron recibir apoyo de vecinos calificaron como “alto” nivel de resiliencia.

Tabla 13.1
Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según enfermedades crónicas (sigue)

Enfermedades Crónicas/ Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=242)
	Urbano (n=161)	Rural (n=81)	
Ninguna enfermedad crónica			
Bajo	1 (5,3%)	2 (16,7%)	3 (9,7%)
Promedio	5 (26,3%)	5 (41,7%)	10 (32,3%)
Alto	13 (68,4%)	5 (41,7%)	18 (58,1%)
Total	19 (100%)	12 (100%)	31 (100%)
Una enfermedad crónica			
Bajo	5 (9,1%)	6 (22,2%)	11 (13,4%)
Promedio	23 (41,8%)	7 (25,9%)	30 (36,6%)
Alto	27 (49,1%)	14 (51,9%)	41 (50,0%)
Total	55 (100%)	27 (100%)	82 (100%)
Dos enfermedades crónicas			
Bajo	8 (15,7%)	3 (12,0%)	11 (14,5%)
Promedio	21 (41,2%)	13 (52,0%)	34 (44,7%)
Alto	22 (43,1%)	9 (36,0%)	31 (40,8%)
Total	51 (100%)	25 (100%)	76 (100%)
Tres enfermedades crónicas			
Bajo	2 (6,9%)	1 (8,3%)	3 (7,3%)
Promedio	12 (41,4%)	5 (41,7%)	17 (41,5%)
Alto	15 (51,7%)	6 (50,0%)	21 (51,2%)
Total	29 (100%)	12 (100%)	41 (100%)
Cuatro enfermedades crónicas			
Bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Promedio	5 (71,4%)	4 (80,0%)	9 (75,0%)
Alto	2 (28,6%)	1 (20,0%)	3 (25,0%)
Total	7 (100%)	5 (100%)	12 (100%)

Fuente. Elaboración propia

La tabla 13.1 presenta el nivel de resiliencia según el número de enfermedades crónicas. En aquellos participantes rurales y urbanos que manifestaron presentar cuatro enfermedades crónicas, un 80,0% y 71,4% respectivamente, calificaron un nivel

“promedio” de resiliencia. Los AM sin enfermedades crónicas de la zona urbana, presentaron un “alto” nivel de resiliencia con un 68,4%.

Tabla 13.2

Nivel de resiliencia en adultos mayores urbanos y rurales según enfermedades crónicas (Continuación)

Tipo de enfermedades Crónicas/ Nivel de resiliencia	Residencia		Total (n=211)
	Urbano (n=142)	Rural (n=69)	
Hipertensión			
Bajo	11 (9,8%)	9 (15,3%)	20 (11,7%)
Promedio	49 (43,8%)	28 (47,5%)	77 (45,0%)
Alto	52 (46,4%)	22 (37,3%)	74 (43,3%)
Total	112 (100%)	59 (100%)	171 (100%)
Diabetes			
Bajo	8 (15,7%)	1 (3,3%)	9 (11,1%)
Promedio	22 (43,1%)	19 (63,3%)	41 (50,6%)
Alto	21 (41,2%)	10 (33,3%)	31 (38,3%)
Total	51 (100%)	30 (100%)	81 (100%)
Enfermedades osteoarticulares			
Bajo	5 (8,3%)	2 (7,4%)	7 (8,0%)
Promedio	26 (43,3%)	12 (44,4%)	38 (43,7%)
Alto	29 (48,3%)	13 (48,1%)	42 (48,3%)
Total	60 (100%)	27 (100%)	87 (100%)
Otras			
Bajo	3 (6,3%)	3 (17,6%)	6 (9,2%)
Promedio	24 (50,0%)	5 (29,4%)	29 (44,6%)
Alto	21 (43,8%)	9 (52,9%)	30 (46,2%)
Total	48 (100%)	17 (100%)	65 (100%)

Fuente. Elaboración propia

Para el nivel de resiliencia según tipo de enfermedades crónicas, se encontró que el 63,3% de los AM rurales presentaron diabetes y un nivel “promedio” de resiliencia. Quienes manifestaron presentar otras enfermedades crónicas en la zona rural y urbana,

calificaron como “alto” nivel de resiliencia con un 52,9% y “promedio” nivel de resiliencia con un 50,0% respectivamente (tabla 13.2).

4.1 Discusión

El propósito de la investigación fue determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES. Se estudiaron 242 sujetos, de ellos 161 pertenecen a la zona urbana y 81 AM a la zona rural de Chillán.

Respecto a la distribución de la muestra total de AM de la presente investigación , se observó que el 81,8% correspondió al sexo femenino, coincidiendo con el estudio de Cortés J y colaboradores en el año 2007³⁹, con el 69,9%; Cortes J y colaboradores en el año 2008⁴⁰, con un 76,6%; Wells M en el año 2009¹⁵ con un 54% de la muestra femenina en población rural y de esta misma autora en el año 2010¹¹ quien señala que en el área urbana el 62% fue mujer; Cortes J y colaboradores del año 2012⁴¹ presentaron un 80,8% de participantes del sexo femenino y Saavedra E, Varas C. 2013¹³, el 73,1% de los participantes evaluados fueron mujeres. Respecto a la edad en este estudio se presentó como porcentaje más alto un 31,4% en el tramo de edad de 65 a 69 años, porcentaje relativamente similar al encontrado por Cortés J y colaboradores en el año 2007³⁹ donde el rango de edad de 65-70 años presentó un 45,5% y al encontrado por Wells 2009¹⁵ donde un 56% se encontró entre las edades de 65 y 74 años en la zona rural. En relación al estado civil el mayor porcentaje de la muestra refirió estar casado con un 50,4% al igual que en los estudios de Wells M 2009¹⁵ donde el 63% estaban casados en la zona rural, Wells 2010¹¹ en zonas urbana y rural con un 63% y 68% respectivamente; y Cortes J y colaboradores en el año 2008⁴⁰ donde los casados correspondían al 61,6%. En relación al nivel educacional se presentó que el mayor porcentaje alcanzado con un 35,1% declararon no haber completado estudios básicos, al igual que en los estudios de Cortés J y

colaboradores en el año 2007³⁹ donde el 40,3% presentó un nivel educacional básico incompleto y en el estudio del año 2012 de la misma autora⁴¹ donde el 48% de la muestra declaró tener una escolaridad básica; pero se encuentra diferencia con lo expresado por Wells 2009¹⁵, donde expone que el mayor porcentaje que correspondió a un 33% de los participantes presentó estudios secundarios en la zona rural y en el año 2010 la misma autora¹¹ encontró un nivel educacional en el área urbana y rural con un 51% y 60% respectivamente con estudios secundarios, lo que puede deberse a la diferencia en el desarrollo del país y acceso a la educación entre ambas naciones. En relación al ingreso mensual obtenido en la presente investigación, el mayor porcentaje correspondió a un 33,1% de los participantes con un ingreso mensual de \$71.789-\$120.229, siendo congruente a lo presentado por Cortes J y colaboradores en el año 2008⁴⁰ donde el ingreso con mayor porcentaje correspondió al tramo mayor de \$100.000 y menor o igual a \$150.000 con un 30%. Siendo levemente similar a lo expresado por esta misma autora en el año 2007³⁹ donde se obtuvo que el 52,8% recibe un ingreso entre \$40.000- \$79.000.

En relación a la religión este estudio da cuenta que el 78,1% profesa ser católico no existiendo estudios para comparar los resultados. En relación a las redes de apoyo el porcentaje mayor refirió presentar una red de apoyo, siendo el 58,7%, mientras que el 16,9%, dos redes de apoyo; en cuanto al tipo de red, el 97,5% proviene de su círculo familiar. Cortés J y colaboradores en el año 2007³⁹ no se refieren al tipo ni red de apoyo como tal, sino que aluden a una interacción social, como una ausencia o presencia de esta; con un 97,7% para los que refirieron tenerla. El año 2008 la misma autora⁴⁰ se refiere a la “participación familiar” en grupos comunitarios donde correspondió al 56,6%. Respecto a la cantidad de enfermedades crónicas el 87,2% indicó presentar una o más de una enfermedad crónica, de las cuales el 81% correspondió a hipertensión arterial; esto se corresponde con el estudio de Cortés J y colaboradores en el año 2007³⁹ quienes señalaron que el 76,7% de los participantes presentaron enfermedades crónicas, donde la hipertensión arterial también correspondió al más alto porcentaje con un 43,8%.

Respecto a los puntajes medios de las dimensiones que conforman la escala de resiliencia SV-RES, las medianas más altas se dieron en sujetos urbanos y rurales en relación a la dimensión satisfacción, mientras que las medianas más bajas se presentaron en la dimensión modelos para la zona urbana y generatividad en la zona rural; no existen estudios que se hayan planteado determinar este objetivo y por lo tanto, no es posible realizar comparaciones.

En relación a prevalencia del nivel de las dimensiones de la escala de resiliencia SV-RES, se obtuvo en la zona urbana que las dimensiones autonomía, satisfacción, redes, identidad y pragmatismo presentaron los porcentajes más altos en la categoría “alto”. Esto difiere con el estudio de Saavedra y Villalta en el año 2008⁴², en el cual se presentaron los porcentajes más altos en las dimensiones modelos, generatividad, autoeficiencia, aprendizaje y vínculos para la categoría “alto”, no coincidiendo en ninguna dimensión. Asimismo, estos resultados no son consistentes con el estudio de Cortés J y colaboradores en el año 2012⁴¹, ya que los porcentajes más altos se presentaron en la categoría “promedio” para las dimensiones autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, metas, afectividad, autoeficiencia, aprendizaje y generatividad. En la zona rural los porcentajes más altos se dieron en la categoría “alto”, en las dimensiones redes, pragmatismo, satisfacción, autonomía e identidad; al respecto, no existen estudios que se hayan planteado determinar este objetivo en la zona rural y por lo tanto no es posible efectuar comparaciones.

Respecto a los resultados obtenidos, es importante mencionar que tanto en la zona urbana como rural, las dimensiones que destacaron en su porcentaje, evaluadas con nivel “alto”, se encontraron dentro de la categoría Yo soy, Yo estoy de la escala SV-RES, que hace alusión a aquellas condiciones que tienen que ver con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de las personas. También es de relevancia destacar que en la zona rural, la dimensión redes fue la que obtuvo el mayor porcentaje en la categoría “alto”

nivel de resiliencia, la que en la escala SV-RES es definida como los juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano

Al analizar la capacidad de resiliencia de la muestra total de AM en la zona urbana estos presentaron en la categoría “alto” un 49,1%, en la categoría “promedio” un 41,0% y en la categoría “bajo” un 9,9%; esto concuerda con el estudio de Cortés J y colaboradores en el año 2007³⁹, en que el porcentaje más alto se presentó en “alto” nivel de resiliencia, luego en “promedio” y finalmente en “bajo” en la zona urbana. Sin embargo, estos resultados difieren del estudio realizado por Cortés J y colaboradores en el año 2012⁴¹, en que el mayor porcentaje de la muestra calificó como “bajo” nivel de resiliencia, luego en “promedio” y el porcentaje más bajo de la muestra calificó con un “alto” nivel de resiliencia en el área urbana. De la misma manera en el presente estudio, en la zona rural, el mayor porcentaje de la muestra calificó un nivel “alto” de resiliencia con un 43,2%, luego en “promedio” con un 42,0% y el menor porcentaje en “bajo” con un 14,8%. Estos resultados concuerdan con lo señalado por Wells M en el año 2010¹¹, quien encontró altos niveles de resiliencia, indistintamente de la residencia urbana o rural de los participantes, sin embargo a nivel nacional no existen estudios que se hayan planteado determinar este objetivo en el área urbana y rural de manera conjunta, impidiendo realizar comparaciones. Los resultados se pueden explicar debido a que los AM tanto en el área urbana como rural, son capaces de poder adaptarse a la situaciones problemáticas, aprender y salir fortalecidos de ellas, sacando provecho de los recursos humanos y sociales disponibles.

De acuerdo a la variable sexo, es posible evidenciar con los resultados obtenidos que tanto las mujeres de la zona urbana y hombres de la zona rural, calificaron con un “alto” nivel de resiliencia con un 50,4% y 45,0% respectivamente; esto es coincidente con los estudios de Cortés J. y colaboradores en el año 2007³⁹ y Cortés J. y colaboradores el año 2008⁴⁰, quienes señalaron “alto” nivel de resiliencia en mujeres urbanas con un 71% y 47,83% respectivamente destacando en su categoría. Estos resultados se contraponen en

parte al estudio de Cortés J y colaboradores 2012⁴¹, quienes encontraron en la zona urbana como mayor porcentaje el nivel “promedio” de resiliencia con un 87,76% para las mujeres. Por otra parte, en el estudio de Saavedra y Villalta en el año 2008⁴², aludieron a que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia de mujeres y hombres, sin embargo describieron un perfil resiliente distinto entre ambos sexos. En cuanto a la zona rural no existe literatura disponible para discutir los resultados obtenidos.

Los resultados de este estudio se pueden explicar debido a que las mujeres obtuvieron un mayor porcentaje en la muestra en relación al porcentaje de hombres, pese a que esta fue seleccionada aleatoriamente, también se puede atribuir a que los hombres son más reticentes a la inscripción en grupos comunitarios, criterio empleado para la selección de esta muestra. Por otra parte, se puede justificar el mayor nivel de resiliencia en mujeres debido a la imagen establecida en la sociedad actual concebida como modelo de fortaleza y superación ante las adversidades.

Respecto al nivel de resiliencia en AM según rango de edad, se presentó que para las edades comprendidas entre 60-64 años, el 59,3% se evaluaron como “alto” en zonas urbanas y el 56,3% de zonas rurales para el mismo rango de edad. En los grupos de 80 y más años, 75-79 años y 70-74 años de zonas urbanas, el 52,2%, 51,7% y 51,6% calificaron un “alto” nivel de resiliencia. Algo similar ocurre en el estudio de Cortés J y colaboradores en el año 2007³⁹, quienes destacaron como el porcentaje más alto el encontrado en la categoría “mediana”, entre 65-70 años en la zona urbana con un 50,0%. Por otra parte difiere de lo encontrado por Cortés J y colaboradores en el año 2012⁴¹, donde el porcentaje más alto se encontró en la categoría “alto” para los rangos de edad de 15-24 y 25-34 años con un 33,33%, en la zona urbana, sin embargo, es importante considerar que ambos estudios coinciden en el mayor porcentaje para la categoría “alto”. Saavedra y Villalta el año 2008⁴² concluyen que los niveles de resiliencia no están asociados directamente a los tramos de edad ya que obtuvieron resultados similares en las

diferentes etapas de la vida desde los 15 a 65 años. En la zona rural no existe literatura disponible que se haya planteado determinar este objetivo, imposibilitando discutir los resultados.

De los resultados de esta investigación es importante destacar que en el rango de edad de 60-64 años los AM pese a que entran a una etapa crítica y sensible debido a la disminución de sus actividades y jubilación, tienen las herramientas necesarias para afrontar sus adversidades y calificar con “alto” nivel de resiliencia en la zona urbana y rural.

Respecto al nivel de resiliencia según el estado civil de los participantes, el 100% de los divorciados urbanos y convivientes rurales calificaron su nivel de resiliencia como “alto” y el 100% de los separados rurales, “promedio”, estos resultados concuerdan con lo encontrado en el estudio de Cortés J y colaboradores en el año 2008⁴⁰, en que exponen que la situación de pareja no tiene relación con el nivel de resiliencia, ya que la distribución porcentual sigue una tendencia similar por categoría para todos los niveles de resiliencia, sin embargo no existen estudios de esta variable específica en el área rural que permita realizar comparaciones de los resultados.

En base a los resultados de esta investigación, se puede señalar que indistintamente del estado civil que se presente, se pueden alcanzar niveles “promedios” y “altos” de resiliencia. Sin embargo, es importante destacar que los AM divorciados de la zona urbana y separados de la zona rural, que hayan alcanzado “altos” y “promedios” niveles de resiliencia respectivamente posterior a una situación de pareja problemática.

En relación al nivel educacional, en la zona urbana, un porcentaje alto se obtuvo para la categoría “alto” nivel de resiliencia con un 60,0% para aquellos que manifestaron presentar estudios superiores; esto es similar con el estudio de Cortes J y colaboradores en el año 2012⁴¹ donde el porcentaje más alto se presentó en la categoría “alto” con un 66,67% para aquellos que declararon tener escolaridad media, esto difiere con el estudio de Cortes J y colaboradores el año 2007³⁹, quienes obtuvieron como mayor porcentaje el

nivel “promedio” de resiliencia y manifestaron tener escolaridad básica incompleta con un 50,0%, ambos estudios urbanos. Además se presentó un “bajo” nivel de resiliencia en AM urbanos sin estudios con un 66,7 %, lo que es similar a lo presentado con la autora Cortés J y colaboradores 2012⁴¹ quienes también obtuvieron un porcentaje alto para la categoría “bajo” nivel de resiliencia en escolaridad básica con un 61,82%. En cuanto a la zona rural destacaron como los porcentajes más altos para la categoría “alto” nivel de resiliencia aquellos sin estudios y con educación media incompleta, sin embargo no existe literatura disponible para este objetivo.

Los resultados de esta investigación muestran una relación entre los años de estudios y nivel de resiliencia en la zona urbana, obteniéndose que a mayor nivel de estudio, es mayor la resiliencia y viceversa, lo que se podría atribuir a que aquellos con estudios superiores tienen mayor entrenamiento en las capacidades intelectuales para enfrentar las dificultades.

Referente al ingreso económico mensual en la zona urbana, el mayor porcentaje se encontró en el nivel “promedio” de resiliencia con un 53,3% en el tramo de ingreso \$337.776 y más, esto difiere al estudio de Cortes J y colaboradores en el año 2008⁴⁰, en que el mayor porcentaje se encontró en el nivel “promedio” de resiliencia en el tramo de ingreso mayor a \$50.000 y menor a \$100.000, sin embargo, es importante considerar que ambos estudios coincidieron en el mayor porcentaje para la categoría “promedio”. Así mismo en la presente investigación se encontró en la zona rural, que el porcentaje mayor correspondió a un “alto” nivel de resiliencia con un 60,0% y 52,9% para los tramos de ingreso mensual de \$184.910–\$337.775 y \$120.230–\$184.909 respectivamente, no existiendo literatura disponible que se haya planteado determinar este objetivo impidiendo su comparación para discutir los resultados.

De los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede señalar que el nivel de resiliencia no se vio afectado por el ingreso económico, ni en la zona urbana ni en la zona

rural, obteniéndose niveles “altos” y “promedios” de resiliencia en todos los tramos de ingreso económico.

En relación al nivel de resiliencia según religión, se obtuvo en la zona urbana y rural un nivel “alto” de resiliencia con un 100% para aquellos que manifestaron ser ateos y en el área rural un nivel “alto” de resiliencia para aquellos que profesan otra religión o credo y evangélicos, con un 66,7% y 61,9% respectivamente. No existen estudios que se hayan planteado determinar este objetivo a través de la misma definición operacional de la variable y en consecuencia no es posible realizar comparaciones en el área urbana ni en el área rural.

En base a los resultados de esta investigación, se puede señalar que indistintamente de la religión o creencia que se profese, se pueden alcanzar niveles “altos” de resiliencia.

Referente a la presencia o ausencia de redes de apoyo, un 100% los AM de la zona rural que manifestaron no tener redes de apoyo, calificaron con un nivel “promedio” de resiliencia, mientras que el 61,1% de los AM de la zona urbana que refirieron cuatro redes de apoyo, presentaron un nivel “alto” de resiliencia y los que manifestaron no presentar red de apoyo para la zona urbana, calificaron un nivel “bajo” de resiliencia con un 60,0%, esto es coincidente con el estudio de Saavedra E, Varas C. 2013¹³ en el área urbana, quienes plantearon que al comparar el nivel de resiliencia en el grupo con ausencia y presencia de redes de apoyo se encontró una diferencia significativa a favor del grupo con redes de apoyo. Sin embargo, para el nivel de resiliencia con la variable presencia o ausencia de redes de apoyo en la zona urbana y rural, no se encuentran estudios disponibles con datos estadísticos que permitan realizar una comparación.

En relación a los resultados obtenidos, es de interés mencionar que en la zona urbana es importante contar con redes de apoyo, ya que a mayor cantidad de redes, los AM obtuvieron un mayor nivel de resiliencia y viceversa, lo que se puede explicar ya que en la zona urbana se genera una mayor socialización por la facilidad del acceso a servicios sociales y públicos lo que es un factor favorable para el nivel de resiliencia. Por otra parte,

en la zona rural se muestra que aunque no existan redes de apoyo disponibles, igualmente se obtienen niveles “promedios” de resiliencia, lo que podría deberse a la mayor autonomía que se logra en zonas más aisladas solucionando sus problemas con los recursos existentes al momento.

De acuerdo al tipo de red de apoyo que presentan los AM, el porcentaje más alto se encontró en la red de apoyo de amigos con un 56,8% en la zona urbana, calificando con un nivel “alto” de resiliencia, así mismo destacó para la red de apoyo amigos un nivel “alto” de resiliencia con un 46,4%, esto concuerda con el estudio de Wells M 2009¹⁵ quien encontró que los AM del área rural presentan “altos” niveles de resiliencia que se asociaron con redes sociales consistentes en amigos pero no en sus familias, atribuyéndose a la creencia de que son autosuficientes. Por otra parte en los resultados obtenidos en la presente investigación, aquellos AM que refirieron recibir apoyo de vecinos, tanto en la zona urbana como rural calificaron con “alto” nivel de resiliencia con un 55,9% y 50,0% respectivamente.

De los resultados obtenidos en cuanto al tipo de redes de apoyo, es importante mencionar que todas las redes de apoyo son significativas para desarrollar niveles óptimos de resiliencia, sin embargo es importante destacar que ni en la zona urbana, ni en la zona rural es indispensable el apoyo de la familia para calificar en un “alto” nivel de resiliencia, pudiendo obtener un apoyo de personas externas al grupo familiar como amigos, vecinos y grupos comunitarios quienes también fueron representativos en ambas zonas.

Respecto a la presencia o ausencia de enfermedades crónicas y el número de estas, aquellos AM que refirieron no presentar enfermedades crónicas, el 68,4% de ellos pertenece a la zona urbana calificando con un “alto” nivel de resiliencia, mientras que los AM que manifestaron presentar cuatro enfermedades crónicas calificaron un nivel “promedio” de resiliencia en la zona urbana con un 71,4% y en la zona rural con un 80,0%, destacándose dentro de su categoría, lo que es similar al estudio de Cortés J y

colaboradores en el año 2007³⁹ en que aquellos que refieren no presentar enfermedades crónicas el mayor porcentaje presenta un “alto” nivel de resiliencia con un 24,1% en la zona urbana. Por otra parte y en relación al mismo estudio de Cortés J y colaboradores en el año 2007³⁹ difiere en los resultados encontrando que el mayor porcentaje de AM que si presentan enfermedades crónicas, califican con un nivel “bajo” de resiliencia con un 100% de la muestra en la zona urbana. Es necesario mencionar que no existen estudios en el área rural, que se hayan planteado determinar este objetivo y por ende no es posible realizar comparaciones.

Referente a los resultados obtenidos en la presente investigación, el nivel de resiliencia no se ve totalmente afectado por el número de enfermedades crónicas siendo importante mencionar que aunque se presenten cuatro enfermedades crónicas en un AM, igualmente se logra obtener un nivel “promedio” de resiliencia tanto en la zona urbana y rural, pudiendo deberse a que el proceso de enfermedad genera fortalezas internas como herramientas para enfrentarlas.

De acuerdo al tipo de enfermedad crónica, aquellos AM que manifestaron presentar diabetes y pertenecientes a la zona rural, calificaron un nivel “promedio” de resiliencia con un 63,3% y los AM que presentaron otras enfermedades crónicas un 52,9% de los sujetos pertenecientes a la zona rural, calificaron con “alto” nivel resiliencia y un 50,0% de la zona urbana calificó como “promedio” nivel de resiliencia. No existen estudios que se hayan planteado determinar este objetivo ni en la zona urbana ni en la zona rural y por ende no es posible realizar comparaciones.

En cuanto a los resultados obtenidos, las enfermedades descritas no son invalidantes en su totalidad, obteniéndose niveles “promedios” y “altos” indistintamente del tipo que presente el AM. En relación a los resultados encontrados para la diabetes, se puede atribuir a que esta es una enfermedad que requiere mayor demanda por parte del AM referido a los cuidados y conocimientos para que esta enfermedad se mantenga

controlada y de esta manera los AM que la padecen logren sobreponerse a esta enfermedad y aprender a sobrellevarla manteniendo sus estándares de vida.

De los resultados obtenidos y en relación a los altos niveles de resiliencia encontrados tanto para la zona urbana como rural de Chillán en AM participantes de grupos comunitarios, existe relación con lo planteado en la Teoría de la Continuidad, ya que si bien el envejecimiento involucra procesos de cambios y situaciones adversas, los individuos de igual manera pueden adaptarse, no representando el envejecimiento un cambio rotundo y con muchas transformaciones en su vida, siendo una continuación del proceso vivido, es así como la forma en que se enfrentan estas últimas etapas de la vida, está relacionada con la manera en que se han vivido las etapas anteriores.

En relación a la participación de los AM en grupos comunitarios, se evidenciaron altos niveles de resiliencia de la muestra en estudio, tanto para el área urbana como rural de Chillán, lo que sin duda indica que participar en los diferentes grupos sociales de la comunidad, hace a estos AM sentirse personas más útiles y con deseos de realizar acciones que vayan en ayuda de su sector o de ellos mismos, jugando un rol amortiguador para atenuar el trauma de la pérdida de los roles más importantes, promoviendo en los AM la reconstrucción de su imagen. Así mismo, estas actividades sociales promueven un buen envejecimiento, independiente de las complicaciones propias de la vejez y la superación positiva de las adversidades, pudiendo salir fortalecidos de estas.

4.2 Limitaciones

Al realizar este estudio se presentaron dificultades, entre las cuales se encuentran:

- Los resultados se limitan a la descripción de características de la muestra, ya que corresponde a un estudio descriptivo, lo que impide realizar relaciones y causalidad.

- En cuanto a la estadística trabajada, producto de la dispersión de los datos, se debió trabajar con estadísticos no paramétricos lo que impide generalizar resultados a la totalidad de la muestra.
- Muestra presenta un sesgo por sexo, donde el mayor número se encuentra en las mujeres, a pesar que la elección de los grupos comunitarios para la zona urbana se realizó de manera aleatoria.
- En relación a los grupos comunitarios de AM en la zona rural, existió una dificultad en el acceso geográfico y de transporte, implicando un costo económico extra para movilización.
- En cuanto al formato de la escala SV-RES, su extensión provoca un agotamiento y pérdida de atención del AM encuestado pudiendo introducir un sesgo debido al individuo llamado efecto “Hawthorne”.
- Referente a los AM encuestados, se presentó analfabetismo y dificultad visual tanto en áreas rurales como urbanas, lo que implicó mayor tiempo en la aplicación de la escala.
- Respecto al concepto de resiliencia, los participantes manifestaron desconocer el término.
- En cuanto a la búsqueda bibliográfica se registró escasa literatura relacionado al tema de estudio para el área urbana y rural a nivel nacional e internacional.
- Debido a la estación del año en que se aplicó el instrumento recolector, existió disminución en la frecuencia de asistencia de los AM a los grupos comunitarios, debido a la misma situación, ciertos grupos se encontraban en receso.
- Existe dificultad de acceso a información actualizada de los grupos comunitarios vigentes en la ciudad de Chillán tanto para el área urbana como rural.

4.3 Sugerencias

En base a las limitaciones surgidas en el estudio, es posible realizar sugerencias para nuevas investigaciones y ampliar el conocimiento respecto al tema; entre las cuales mencionamos:

- Se sugiere profundizar sobre las causalidades de las variables estudiadas en relación a los niveles de resiliencia, realizando estudios correlacionales.
- Trabajar con una muestra más homogénea para facilitar que los datos se distribuyan de una manera normal y así obtener resultados más representativos.
- Se aconseja para futuros estudios en cuanto a la extensión del formato de la escala SV-RES, poder elaborar una estructura más abreviada o acotada para su aplicación al AM.
- Se sugiere que la recolección de datos se lleve a cabo mediante la aplicación personalizada del instrumento por parte de las investigadoras.
- Se recomienda realizar una charla previa y retroalimentación con los AM en base al concepto de resiliencia antes de la recolección de datos.
- Para futuros estudios, se sugiere a las siguientes generaciones profundizar y realizar investigaciones relacionadas al tema con el fin de integrar la escala de resiliencia SV-RES en un formato abreviado en los controles de enfermería en la valoración geriátrica integral.
- Se sugiere realizar estudios en relación al tema investigado con un enfoque cualitativo.
- Se sugiere realizar la recolección de datos en mejores condiciones climáticas.
- Se sugiere realizar una actualización por parte de la DIDECO de la comuna de Chillán, respecto a la información y registros de vigencia de cada uno de los grupos comunitarios tanto del área urbana como rural.

4.4 Conclusiones

Del estudio realizado respecto al tema resiliencia de AM en la zona urbana y rural de Chillán, aplicando la escala SV-RES creada por Saavedra y Villalta el año 2008³⁰ se puede concluir que del total de la muestra estudiada, el mayor porcentaje de los participantes correspondió al sexo femenino, donde la muestra urbana fue el doble de la muestra rural, predominando la edad entre 65 a 69 años, con estado civil casados, estudios básicos incompletos, con ingreso económico de \$71.789-\$120.229, de religión católica, con una red de apoyo mayoritariamente de familia y presentando una enfermedad crónica cuyo mayor porcentaje es hipertensión arterial.

Respecto a la dimensión cuya mediana fue más alta correspondió a satisfacción tanto en el área urbana como rural y el puntaje más bajo en la dimensión modelos para la zona urbana y generatividad en rural. En cuanto al nivel de las dimensiones de la escala SV-RES predominaron en porcentaje autonomía, satisfacción y redes calificando como “alto” nivel de resiliencia en la zona urbana, mientras que en la zona rural la dimensión redes también calificó como “alto” nivel de resiliencia. Además el nivel de resiliencia total mostró un patrón creciente en cuanto a los porcentajes predominantes para las categorías “bajo”, “promedio” y “alto” en la zona urbana y rural.

En cuanto al nivel de resiliencia según el sexo, los porcentajes predominantes correspondieron a la categoría “alto” para mujeres urbanas y hombres rurales. Referente al nivel de resiliencia según el rango de edad, aquellos entre 60 a 64 años, obtuvieron calificación “alta” en ambas zonas destacando en su porcentaje. Respecto el nivel de resiliencia según estado civil, destacaron en porcentaje los divorciados urbanos y convivientes rurales con “altos” niveles de resiliencia. En relación al nivel de resiliencia según nivel educacional, el mayor porcentaje destacó para la categoría “bajo” en quienes refirieron no tener estudios para la zona urbana, mientras que para la zona rural el mayor porcentaje se encontró para la categoría “alto” en los que refirieron no tener estudios. En cuanto al nivel de resiliencia según ingreso económico mensual, los porcentajes más altos

para las categorías “alto” y “promedio” nivel de resiliencia se dieron en distintos tramos económicos para la zona rural y urbana, siendo para la primera de estas \$184.910-\$337.775 y para la segunda, el tramo de ingreso \$337.776 y más respectivamente.

Referente al nivel de resiliencia según religión, para la categoría “alto” nivel de resiliencia, los porcentajes más altos se encontraron en quienes manifestaron ser ateos y quienes profesan otra religión o credo. En relación al nivel de resiliencia según la cantidad y tipo de redes de apoyo, para aquellos que manifestaron no tener redes de apoyo en el área rural, calificaron con el mayor porcentaje el nivel “promedio” de resiliencia. No así en el área urbana que presentó un “alto” nivel de resiliencia para aquellos que manifestaron tener cuatro redes de apoyo con el más alto porcentaje. En cuanto al tipo de red de apoyo, los porcentajes más altos se encontraron en las categorías “alto” nivel de resiliencia para amigos de la zona urbana y vecinos en la zona rural.

De acuerdo al nivel de resiliencia según la cantidad y tipo de enfermedades crónicas, se obtuvieron los más altos porcentajes tanto en la zona urbana como rural, la categoría “promedio” nivel de resiliencia para aquellos que manifestaron tener cuatro enfermedades crónicas. Referente al tipo de enfermedad, aquella con mayor porcentaje en la zona urbana fue la categoría otras enfermedades crónicas calificando con un nivel “promedio” y en la zona rural fue la diabetes en el nivel “promedio” de resiliencia.

Finalmente, la resiliencia al igual que la Teoría de la Continuidad promulgan la búsqueda de la adaptación al proceso de vejez permitiendo a los AM vivir esta etapa de forma positiva, haciendo uso de las herramientas adquiridas durante el transcurso de la vida para enfrentar las dificultades y desafíos generando fortalezas internas en los individuos.

IV. Bibliografía

1. Ministerio de Salud MINSAL.cl [sede web]. Chile: Ministerio de salud. [Acceso 29 de Octubre 2014]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
2. Departamento Estadísticas Demográficas y Sociales. Chile y los Adultos Mayores Impacto En La sociedad Del 2000. [Acceso 29 de octubre 2014]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf
3. Melillo A. Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. En: Suárez E, Melillo A, editores. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós; 2005. p. 83-102.
4. Badilla H, editora. Para comprender el concepto de resiliencia. Costa Rica: Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
5. Ministerio desarrollo social.gob.cl. Diagnóstico de la situación Económica y Social de los Adultos Mayores [sede Web]. Chile: División de planificación regional: Departamento de competitividad regional; Julio 2007 [acceso 28 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/sit.econ.y.soc_a.mayores.pdf
6. Instituto Nacional de estadística INE.cl. Adultos Mayores por regiones, comunas y porcentajes Chile [sede Web]. Chile: SENAMA; Julio 2003 [acceso 29 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf
7. Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA.cl. Adulto Mayor Encuesta CASEN 2011 Gobierno de Chile [sede Web]. Chile: SENAMA; 2011 [acceso 11 de septiembre 2014]. Disponible en:

- <http://www.senama.cl/filesapp/RESULTADOS%20ADULTO%20MAYOR%20CASEN%20011.pdf>
8. Servicio nacional del adulto mayor SENAMA.cl. Ser Mayor Aprendamos A Vivir. ¿Cómo desarrollar una vejez positiva? [sede Web]. Chile: SENAMA; Junio 2012 [acceso 11 de septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Junio%20SerMayor%20Envejecimiento%20positivo.pdf>
 9. Kotliarenco M, Caceres I. Conferencia Promoción de la Resiliencia en el Desarrollo. 2011. Diapositiva 2. Disponible en: http://www.academia.edu/1124734/Conferencia_Promoci%C3%B3n_de_la_Resiliencia_en_el_Desarrollo_Humano
 10. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resiliency Scale. J Nurs Meas. [MEDLINE]. 1993; 1(2), 165-178.
 11. Wells M, et al. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. J Crit Care Med. 2010; vol. 10, no.2.
 12. Grotberg. Resiliencia como disposición psicológica [tesis pregrado]. México; 2004.
 13. Saavedra, E. & Varas, C. Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener redes. En: J. H. Ávila-Toscano. Individuo, comunidad y salud mental. Avances en estudios sociales y aplicados a la salud. Barranquilla, Colombia: CUR; 2013. p. 105-123.
 14. Gooding P.A, et al. Psychological resilience in young and older adults. International Journal Geriatric Psychiatry [revista en Internet] 2011 [acceso 29 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Judith_Johnson/publication/51032044_Psychological_resilience_in_young_and_older_adults/links/09e1f176a7c65cfd045b68c9.pdf
 15. Wells M. Resilience in rural community-dwelling adults. J Rural Health [revista en Internet] 2009 [acceso 29 de septiembre de 2014]; 25 (4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19780924>

16. Lou VW, Ng JW. Chinese older adults' resilience to the loneliness of living alone: A qualitative study. *Aging Ment Health* [revista en Internet] 2012 [acceso 29 de septiembre de 2014]; 16 (8). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22690832>
17. Cortés J, et al. Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Cienc. enferm.* [revista en Internet] 2012 [acceso 19 de octubre de 2014]; 18 (3): [73-81]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300008>
18. Cortés J. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Cienc. enferm.* [revista en Internet] 2010 [acceso de 5 de octubre 2014]; 16 (3): [27-32]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300004>.
19. Viorst J. Pérdidas necesarias. *Actualidades Investigativas en Educación INIE* [revista en Internet] 1990 [acceso 2 de octubre de 2014]. Disponible en: http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/rasgos.pdf
20. Alcaldía Mayor de Bogotá. Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital 2010-2025. Bogotá, agosto de 2010.
21. Sánchez C. *Gerontología social*. 1° Edición. Argentina: Espacio Editorial Buenos Aires; 2000.
22. Sánchez C. *Memorias, imágenes y representaciones de la vejez*. 1° Edición. Panamá: Red de estudios de la vejez Atlantea; 2007.
23. León M. *Envejecimiento Rural - Las Personas Mayores Que Viven en Soledad en La Comuna de Ranquil* [tesis pregrado]. Chile: Universidad del Bío Bío; 2010.
24. Programa interdisciplinario de estudios gerontológicos, *Gerontología U Chile*. *Gerontología U Chile* [sede Web]. Chile: U de Chile; [actualizada en 2001; acceso 3 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/>

25. Moraga A, et al. Diagnósticos regionales con enfoque DSS, serie diagnósticos regionales de salud región del Bío Bío. Departamento de epidemiología, ministerio de salud. Chile: Ministerio de salud; 2009.
26. Organización mundial de la salud. Envejecimiento OMS.com [sede Web]. [actualizada en 2014; acceso 2 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
27. Moraga R. Gerontología Social, envejecimiento y calidad de vida. 2ª edición: Editorial Merder; 1998.
28. Servicio nacional del adulto mayor. Quienes somos: Chile, SENAMA 2014 [sede Web]. Chile: SENAMA [acceso 29 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.senama.cl/QuienesSomos.htm>
29. Melillo A. Sobre resiliencia: El pensamiento de Boris Cyrulnik. Perspectivas Sistemáticas [revista en Internet] 2005 [acceso 27 de marzo de 2015] Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/melillo.htm>
30. Saavedra E, Villalta M. Escala de Resiliencia SV RES Para Jóvenes y Adultos: Chile CANIM. 2008. 61-91p.
31. Melillo A, Suarez O, Elbio N. Resiliencia descubriendo las propias fortalezas. 1º ed. Argentina: Editorial Paidós; 2008.
32. Saavedra E, Villalta M. Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. Liber [revista en Internet] 2008 [acceso 15 de octubre de 2014]; 14 (14): [32-40]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100005&lng=es&nrm=iso
33. Knopoff R, et al. Resiliencia y Envejecimiento. En: Melillo A, Suarez N, Rodríguez D. Resiliencia y Subjetividad: Los Ciclos de la Vida. 1ºEd. Buenos Aires, Argentina: Paidós; 2004. p. 213- 227.

34. Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA.cl. Glosario gerontológico [sede Web]. Chile: SENAMA [Acceso 5 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/glosario_gerontologico.pdf
35. Ministerio de salud MINSAL.cl. Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores Minsal 2014 [sede Web]. Chile: Subsecretaria de salud pública División de prevención y control de enfermedades departamento de ciclo vital programa adulto mayor [acceso 29 de octubre de 2014]. Disponible en : http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
36. Huenchuan S. Envejecimiento desde una perspectiva cultural. Revista Perspectivas [revista en Internet] 1999 [acceso 29 de octubre de 2014]; 7: [20-27]. Disponible en: http://ww3.ucsh.cl/resources/descargas/landing/revistas/Perspectivas_7.pdf
37. Mauk K. Enfermería Geriátrica Competencias Asistenciales. 1ª ed. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA; 2008.
38. Burke M, Walsh M. Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del adulto mayor. 2º edición. España: Harcourt Brace; 1998.
39. Cortes J, et al. Factores relacionados a la capacidad de resiliencia en el adulto mayor autovalente, Chillán viejo [tesis pregrado]. Chile: Universidad del Bío Bío; 2007.
40. Cortés J, et al. Influencia de la familia en la capacidad de resiliencia del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles, Chillán Viejo [tesis pregrado]. Chile: Universidad del Bío Bío; 2008.
41. Cortes J, et al. Capacidad de resiliencia del jefe de hogar de aldea “el molino” de Dichato, afectado por el terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 [tesis pregrado]. Chile: Universidad del Bío Bío; 2012.
42. Saavedra E, Villalta M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. Chile: liberabit; 2008.
43. Instituto Nacional de estadística INE. Cl. Estadísticas demográficas [sede Web]. Chile: INE; 2012 [acceso 22 de abril de 2015]. Disponible en :

- http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2012/estadisticas_demograficas_2012.pdf
44. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [sede Web]. Francia: Asociación médica mundial; 2008 [acceso 9 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
 45. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley n° 20.584/2012 de 13 de abril. Boletín Oficial del Estado, n°4398-11, (13- 04- 2012).
 46. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española DRAE [sede Web]. España; 2001 [acceso 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=Wy9YtNaO0DXX2uhtDb5a>
 47. Registrocivil.cl. Preguntas Frecuentes [sede Web]. Chile [acceso 20 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.registrocivil.cl/html/faq/Cod_Area_5/Cod_Tema_36/pregunta_204.html
 48. Municipalidad de Chillan. Plano y Ordenanza Intercomunal [sede Web]. Chile: Departamento de Informática y computación de la Ilustre Municipalidad de Chillan [acceso 15 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.municipalidadchillan.cl/media/planintercomunal/ORDENANZA_PRICH.pdf
 49. Escuela abierta de feminismo. Creación de redes [sede Web]. España: Escuela abierta de feminismo [acceso 2 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.escueladefeminismo.org/spip.php?article322>
 50. Ministerio de Educación. Ayudameduc [sede Web]. Chile: MINEDUC; 2014 [acceso 15 de octubre de 2014]. Disponible en: <https://www.ayudameduc.cl/Temas/Detalle/aee0363b-2e29-e211-8986-00505694af53>
 51. Centro de Nutrición Molecular y Enfermedades Crónicas Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Aliméntatesano [sede Web]. Chile: Pontificia

Universidad Católica de Chile; 2014 [acceso 5 de noviembre de 2014]. Disponible en:
http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas.php

V. Anexos

Anexo N°1: Definición nominal y operacional de las variables

Variable	Conceptual	Operacional
Resiliencia	La capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación ²⁹	Se evaluó puntaje obtenido mediante la escala SV-RES y se categorizó en: <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-25: Nivel bajo de resiliencia. 2. 26-74: Nivel promedio de resiliencia. 3. 75-100: Nivel alto de resiliencia.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas ⁴⁶ .	Según la constitución se categoriza en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre. 2. Mujer.

<p>Edad</p>	<p>Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta la fecha de la aplicación de la encuesta⁴⁶.</p>	<p>En años cumplidos se jerarquiza en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 60-64 años. 2. 65-69 años. 3. 70-74 años. 4. 75-79 años. 5. 80 y más años.
<p>Estado civil</p>	<p>Lugar permanente que ocupa una persona en la sociedad que depende de sus relaciones de familia y que lo habilita para ejercer derechos y contraer obligaciones⁴⁷.</p>	<p>Se consideran las siguientes categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero. 2. Casado 3. Viudo 4. Separado 5. Divorciado 6. Conviviente
<p>Religión</p>	<p>Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto⁴⁶.</p>	<p>Se consideran las siguientes categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Católico 2. Evangélico. 3. Ateo 4. Agnóstico. 5. Otra religión o credo.

Residencia	<p>Se refiere a los espacios subnacionales en los que se asienta la población y entre los cuales se registran intercambios de población. Según plano regulador:</p> <p>Artículo 2.1.3. Área Urbana Intercomunal a los territorios comprendidos al interior de los Límites de Extensión Urbana Intercomunal.</p> <p>Artículo 2.1.6. Área Rural Intercomunal aquella ubicada entre el Límite de Extensión Urbana Intercomunal y el Límite del Área de Planificación Intercomunal del PRICH (límite comunal) y corresponde el territorio rural de las comunas que integran el Área de Planificación Intercomunal, que en razón de sus condiciones naturales y antrópicas, está destinada preferentemente al desarrollo de actividades agrícolas, ganaderas, forestales y mineras⁴⁸.</p>	<p>Se considera a evaluar, las siguientes categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural
Redes y tipo de apoyo.	<p>Estructura en la que un grupo de personas intercambian ideas, información, conocimientos y recursos para su beneficio mutuo y la consecución de objetivos pactados⁴⁹.</p>	<p>Se considera a evaluar las siguientes categorías:</p> <p>Presencia de redes de apoyo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

		<p>Si la respuesta anterior fue si, especificar:</p> <p>Tipo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Familia 2.Amigos 3.Vecinos 4.Grupos organizados
Nivel educacional	<p>Acción y efecto de educar. Crianza, enseñanza y doctrina que se da a los niños y a los jóvenes. Instrucción por medio de la acción docente⁴⁶.</p>	<p>Se considera a evaluar las siguientes categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin estudios 2. Básica incompleta 3. Básica completa 4. Media incompleta 5. Media completa 6. Superior

<p>Ingreso mensual</p>	<p>Conjunto de remuneraciones percibidas mensualmente por el AM⁵⁰</p>	<p>Se considera a evaluar las siguientes categorías:</p> <p>1- Quintil 1 (0 - \$71.788)</p> <p>2- Quintil 2 (\$71.789- \$120.229)</p> <p>3- Quintil 3 (\$120.230- \$184.909)</p> <p>4- Quintil 4 (\$ 184.910 - \$337.775)</p> <p>5- Quintil 5 (\$ 337.776– Más)</p>
<p>Enfermedades crónicas</p>	<p>Son enfermedades no transmisibles, de lento desarrollo, que dañan progresivamente uno o más órganos por largo tiempo⁵¹</p>	<p>Se considera a evaluar las siguientes categorías:</p> <p>Presencia de enfermedades crónicas:</p> <p>1.Si</p> <p>2. No</p>

		Si la respuesta anterior fue si, especificar: 1.Hipertensión 2.Diabetes 3.Enfermedades osteo articulares 4.Otras
--	--	--

Anexo N°2: Cuestionario estructurado

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

CASO N° _____

Instrucciones: **Para completar nuestro estudio necesitamos información adicional sobre sus antecedentes sociodemográficos. Le recordamos que todo lo que responda en este cuestionario se reserva como información confidencial y se mantiene en estricto anonimato. Para responder, marque con una X la alternativa correspondiente.**

1. Marque la opción que corresponda a su sexo:

- a. Hombre
- b. Mujer

2. Escriba su edad en el recuadro:

3. ¿Cuál es su estado civil actual?

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Separado
- e) Divorciado
- f) Conviviente.

4. Su lugar de residencia es:

- a) Urbano
- b) Rural

5. ¿Cuál es el nivel de educación más alto logrado por usted?

- a) Sin estudios
- b) Básica incompleta
- c) Básica completa
- d) Media incompleta
- e) Media completa
- f) Superior

6. ¿Cuánto dinero recibe usted mensualmente?

- a) \$0 - \$71.788
- b) \$71.789- \$120.229
- c) \$120.230- \$184.909
- d) \$ 184.910 - \$337.775
- e) \$ 337.776– Más

7. ¿Cuál es su religión?

- a) Católico
- b) Evangélico.
- c) Ateo
- d) Agnóstico.
- e) Otra religión o credo.

8. En caso de tener problemas, por ejemplo de salud, soledad o cualquier otra necesidad, ¿tiene quien lo apoye?

- a) Sí
- b) No

9. En caso de que la respuesta sea si, marque si la ayuda proviene de:

Familia_____ Amigos_____ Vecinos_____ Grupos organizados_____

10. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

- a) Si
- b) No

11. Si la respuesta anterior fue si, especificar:

- a) Hipertensión
- b) Diabetes
- c) Enfermedades osteo articulares
- d) Otras

Anexo N° 3: Escala de resiliencia SV - RES

(E. Saavedra, M. Villalta – 2007)

Evalúe el grado en que estas afirmaciones lo(a) describen. Marque con una “X” su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

YO SOY – YO ESTOY...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Una persona con esperanza					
2. Una persona con buena autoestima					
3. Optimista respecto del futuro					
4. Seguro de mis creencias o principios					
5. Creciendo como persona					
6. Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles					
7. En contacto con personas que me aprecian					
8. Seguro de mí mismo					
9. Seguro de mis proyectos y metas					
10. Seguro en el ambiente en que vivo					
11. Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida					
12. Un modelo positivo para otras personas					
13. Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio					
14. Satisfecho con mis relaciones de amistad					
15. Satisfecho con mis relaciones afectivas					
16. Una persona práctica					
17. Una persona con metas en la vida					
18. Activo frente a mis problemas					
19. Revisando constantemente el sentido de mi vida					
20. Generando soluciones a mis problemas					
YO TENGO...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
21. Relaciones personales confiables					
22. Una familia bien estructurada					
23. Relaciones afectivas sólidas					
24. Fortaleza interior					
25. Una vida con sentido					
26. Acceso a servicios sociales-públicos					
27. Personas que me apoyan					
28. A quien recurrir en caso de problemas					
29. Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida					
31. Personas que me han orientado y aconsejado					
32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas					
33. Personas en las cuales puedo confiar					
34. Personas que han confiado sus problemas en mí					
35. Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas					

36. Metas a corto plazo					
37. Mis objetivos claros					
38. Personas con quien enfrentar los problemas					
39. Proyectos a futuro					
40. Problemas que puedo solucionar					
YO PUEDO...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
41. Hablar de mis emociones					
42. Expresar afecto					
43. Confiar en las personas					
44. Superar las dificultades que se me presenten en la vida					
45. Desarrollar vínculos afectivos					
46. Resolver problemas de manera efectiva					
47. Dar mi opinión					
48. Buscar ayuda cuando lo necesito					
49. Apoyar a otros que tienen dificultades					
50. Responsabilizarme por lo que hago					
51. Ser creativo					
52. Comunicarme adecuadamente					
53. Aprender de mis aciertos y errores					
54. Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad					
55. Tomar decisiones					
56. Generar estrategias para solucionar mis problemas					
57. Fijarme metas realistas					
58. Esforzarme por lograr mis objetivos					
59. Asumir riesgos					
60. Proyectarme al futuro					

BAREMO PARA SUJETOS ENTRE 15 Y 65 AÑOS, URBANO

Puntaje directo	Valor percentil
300	100
299	99,7
298	99,3
296	97,9
294	96,5
293	96,2
292	95,8
291	94,1
290	93,1
289	91,3
288	89,6
287	88,6
286	87,9
285	85,5
284	84,4
283	83,4
281	82,7
280	81,3
279	79,6
278	77,5
277	76,8
276	75,8
275	75,1
274	74,0
273	73,7
272	72,7
271	71,3
270	69,2
269	67,8
267	66,8
266	66,1
265	62,6
264	60,6
263	58,5
262	57,8
261	56,4
260	55,0
259	52,6
258	51,9
257	50,5
256	49,8
255	47,1
253	46,7
252	45,7
251	45,0
250	44,6

BAREMO POR FACTORES:

F1 IDENTIDAD:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	86,5
23	75,8
22	61,9
21	51,2
20	5,6
19	24,2
18	15,6
17	11,8
16	7,6
15	5,5
13	3,8
11	3,5
10	2,8
9	1,7
8	1,0
7	0,3

F2 AUTONOMÍA:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	90
23	78,2
22	67,5
21	50,5
20	40,5
19	28,7
18	20,4
17	13,1
16	10,0
15	6,9
14	4,5
13	3,8
12	3,1

11	2,4
10	2,1
9	1,0
8	0,7

F3 SATISFACCION:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	90,3
23	78,9
22	66,8
21	55,7
20	46,7
19	32,5
18	21,5
17	13,5
16	9,0
15	5,5
14	3,8
13	2,4
10	1,7
9	0,7
7	0,3

F4 PRAGMATISMO:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	88,2
23	78,2
22	69,9
21	58,5
20	43,3
19	30,4
18	20,1
17	13,5
16	10,4

15	6,6
14	4,8
12	3,1
11	1,7
10	1,0
9	0,3

F5 VINCULOS:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	84,4
23	72,0
22	61,2
21	49,5
20	38,1
19	27,0
18	19,4
17	11,1
16	7,6
15	3,1
13	2,4
12	1,7
10	0,7
7	0,3

F6 REDES:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	88,2
23	76,5
22	64,4
21	55,0
20	45,0
19	29,4
18	20,1
17	12,1
16	8,7

15	6,2
14	4,2
13	2,8
12	2,1
11	1,4
10	1,0
6	0,3

F7 MODELOS:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	68,5
23	59,9
22	52,6
21	46,0
20	38,8
19	22,1
18	17,3
17	9,0
16	7,3
15	4,8
14	3,1
13	2,4
12	2,1
11	1,0
10	0,7
9	0,3

F8 METAS:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	82,7
23	71,3
22	63,0
21	52,9
20	41,9
19	28,4

18	19,4
17	13,5
16	6,9
15	5,2
14	3,5
13	2,4
12	1,7
11	1,4
10	1,0
8	0,7

F9 AFECTIVIDAD:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	88,6
23	76,5
22	68,2
21	54,7
20	42,9
19	31,5
18	23,5
17	15,6
16	11,4
15	7,3
14	5,9
13	3,8
12	1,7
10	1,0
6	0,3

F10 AUTOEFICACIA:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	83,4
23	68,9
22	57,4
21	45,3

20	36,7
19	19,7
18	12,1
17	9,3
16	6,6
15	4,8
14	3,5
13	3,1
12	2,4
11	1,7
10	1,4
9	1,0
8	0,7
5	0,3

F11 APRENDIZAJE:

Puntaje Directo	Valor Percentil
25	100
24	84,4
23	70,2
22	59,2
21	46,7
20	37,0
19	20,4
18	14,2
17	10,0
16	6,6
15	5,2
14	3,5
13	2,8
10	2,1
9	1,7
8	1,0
4	0,3

F12 GENERATIVIDAD

Ptje. Directo	Valor Percentil
25	100
24	77,9
23	65,7
22	54,7
21	45,7
20	34,9
19	17,6
18	11,4
17	8,3
16	6,9
15	5,9
14	4,2
13	3,5
12	2,8
11	2,1
10	1,7
7	0,7
5	0,3

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE PERCENTIL:

PUNTAJE PERCENTIL	0-25	BAJO
PUNTAJE PERCENTIL	26-74	PROMEDIO
PUNTAJE PERCENTIL	75-99	ALTO

Anexo N°4: Carta a dirección de desarrollo comunitario Chillán

Chillán, Septiembre 29 de 2014

**SEÑOR
MAURICIO GUTIÉRREZ
DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO CHILLÁN
PRESENTE**

De nuestra consideración:

Mediante la presente, nos dirigimos a usted para solicitar listado oficial, dirección y vía de contacto de los grupos comunitarios de adultos mayores de los sectores urbano y rural de la comuna de Chillán. Esta información es de vital importancia para el desarrollo de nuestra tesis para optar al grado de licenciada en enfermería de la Universidad del Bío Bío Chillán, titulada “Capacidad de resiliencia del adulto mayor de grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” dirigida por la docente Mg EU Juana Cortés Recabal.

En el desarrollo de esta investigación, requerimos aplicar una encuesta a un cierto número de adultos mayores pertenecientes a sectores urbanos y rurales.

En espera de una favorable respuesta, se despiden atentamente de usted,

Alumnas de Enfermería
Universidad del Bío Bío
2014

Anexo N°5 Cartas a presidentes de los grupos comunitarios urbano y rural

OFICIO N°

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. EDUARDA VALDEBENITO CISTERNAS

CLUB DEL ADULTO MAYOR "SIEMPRE JOVEN"

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada "Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán" con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra	17.754.775-1
Viviana Cofré Matamala	15.508.162-7
Paola Fuenzalida Fuentes	18.155.780-K
Elizabeth Guíñez Salit	17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del club de adultos mayores “Siempre joven” que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. NORMA SANCHEZ CORREA

CLUB DE DAMAS JUBILADAS MONTEPIADAS Y SOCIAS DE FERROCARRIL

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del club de damas jubiladas Montepiadas y socias de ferrocarril que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. LUISA HEGUILUSTOY ARRIAGADA

CLUB DE ANCIANOS "SAN JOSÉ OBRERO"

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada "Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán" con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del club de ancianos “San José Obrero” que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. CLARA SOLIS MOLINA

CLUB DEL ADULTO MAYOR "LUCERO DE LA ESPERANZA" POBLACION BALMACEDA

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada "Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán" con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del club del Adulto Mayor “Lucero de la Esperanza” Población Balmaceda que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. JAMILIE MUSTAFAT HERNÁNDEZ

TALLER DE AERÓBICA ADULTO MAYOR BARTOLUCCI

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Taller de Aeróbica Adulto Mayor Bartolucci que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SR. EMILIO VALDEBENITO CÁRCAMO

AGRUPACIÓN COMUNAL DE PENSIONADOS DE CHILLAN

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios de la Agrupación Comunal de Pensionados de Chillan que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. CLARINA VASQUEZ TORRES

CLUB ADULTO MAYOR ALEGRIA DEL HOGAR VILLA EL NEVADO

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada "Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán" con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor Alegría del Hogar Villa el Nevado que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. MARGARITA PONCE

CLUB ADULTO MAYOR LUCERO DE LA MAÑANA SECTOR VICENTE PÉREZ ROSALES

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor Lucero de la Mañana sector Vicente Pérez Rosales. que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. MARÍA VIDAL ALBAREZ

CLUB DEL ADULTO MAYOR DE AMIGOS DE ANA Y JOAQUÍN

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club del Adulto Mayor de Amigos de Ana y Joaquín que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SR. PEDRO CIFUENTES VENEGAS

CLUB DEL ADULTO MAYOR MARÍA DE LA MERCED

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club del Adulto Mayor María de la Merced que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. JAQUELINE MARTINEZ MARTINEZ

CLUB ADULTO MAYOR ETERNA JUVENTUD

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios Club Adulto mayor Eterna Juventud que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: SRA. JUDITH SEPÚLVEDA SEPÚLVEDA

CLUB ADULTO MAYOR LAS MARIPOSAS

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor las Mariposas que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: JOSEFINA ANABALON SALAZAR

CLUB ADULTO MAYOR SAN FRANCISCO QUINCHAMALI

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor San Francisco Quinchamalí que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: MIGUEL MUÑOZ MARQUEZ

CLUB DE ADULTO MAYOR UNION Y PROGRESO DE QUINQUEHUA

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club de Adulto Mayor Unión y Progreso de Quinquihua que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: MARIA PASTEN PASTEN

CLUB ADULTO MAYOR JESUS DE NAZARETH

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor Jesús de Nazareth que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: AURORA MORA ASCENCIO

CLUB DEL ADULTO MAYOR ANGEL HERNANDEZ RINCONADA DE CATO

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del club del Adulto Mayor Ángel Hernández Rinconada de Cato que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: ELSIRA PARADA POLANCO

CLUB DEL ADULTO MAYOR RENACER SECTOR EL EMBOQUE

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club del Adulto Mayor Renacer Sector el Emboque que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: ROSA QUIJADA SANDOVAL

CLUB ADULTO MAYOR NUESTRA ESPERANZA

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor Nuestra Esperanza que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: LUIS CRISTI ÁLVAREZ

CLUB ADULTO MAYOR NUEVO AMANECER DE CASERIO LINARES CAMCLIN

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor Nuevo Amanecer de Caserío Linares Camclin que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: ENSELMO POBLETE ALTAMIRANO

CLUB ADULTO MAYOR JUVENTUD DEL PASADO

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor Juventud Del Pasado que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: FILOMENA GONZALES INOSTROZA

CLUB ADULTO MAYOR LA ESPERANZA QUINCHAMALI

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor la Esperanza Quinchamali que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

OFICIO Nº

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN, abril de 2015

A: CARLOS LAGOS CONTRERAS

CLUB ADULTO MAYOR ESTRELLA DE BELEN SECTOR LOS BARRIALES DE CHILLAN

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada "Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán" con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Ornella Antola Urra 17.754.775-1

Viviana Cofré Matamala 15.508.162-7

Paola Fuenzalida Fuentes 18.155.780-K

Elizabeth Guíñez Salit 17.509.989-1

Académico Guía:

Sra. Juana Cortés Recabal, Enfermera Docente.

Propósito de la Tesis:

- Determinar el nivel de resiliencia en AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana respecto a la zona rural de Chillán, a través de la escala de resiliencia SV-RES.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer los niveles de resiliencia de los AM que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a AM de la zona rural de Chillán, 2015.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Club Adulto Mayor Estrella de Belén Sector Los Barriales de Chillan que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

Anexo N°6 Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Estimado participante:

Quienes suscriben, Ornella Ántola Urra (R.U.T.: 17754775-1), Viviana Cofré Matamala (R.U.T.: 15508162-7), Paola Fuenzalida Fuentes (R.U.T.: 18155780-K) Elizabeth Guiñez Salit (R.U.T.: 17509989-1). Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando una investigación titulada: *“Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán”*.

El objetivo del estudio es “Determinar los niveles de resiliencia de los adultos mayores que participan en grupos comunitarios de la zona urbana, respecto a adultos mayores de la zona rural de Chillán”.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder por una vez un cuestionario sobre resiliencia y preguntas sobre antecedentes sociodemográficos y socioantropológicos. Esto le tomará aproximadamente 20 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por el investigador principal en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con Juana Cortés Recabal al fono 0422463133 o al correo electrónico jcortes@ubiobio.cl

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Ornella Ántola Urra, Viviana Cofré Matamala, Paola Fuenzalida Fuentes, Elizabeth Guiñez Salit.

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes, Ornella Ántola Urra (R.U.T.:17754775-1), Viviana Cofré Matamala (R.U.T.: 15508162-7), Paola Fuenzalida Fuentes (R.U.T.:18155780-K) Elizabeth Guiñez Salit (R.U.T.: 17509989-1) sobre *“Resiliencia del adulto mayor en grupos comunitarios de la zona urbana y rural de Chillán”*.

Firma participante

Nombre y firma investigadora

Anexo N°7 Carta Gantt

Carta Gantt	2014				2015			
Actividades	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Identificación del problema	X							
Revisión de la literatura	X	X	X					
Realización estructura de tesis: Introducción, Materiales y Método		X	X	X	X	X	X	X
Contacto con entidades para autorización del estudio					X			
Entrenamiento entrevistadoras						X		
Ejecución de prueba piloto						X		
Análisis de prueba piloto						X		
Aplicación cuestionario e instrumento						X	X	

Entrada, depuración y análisis de los datos							X	
Redacción de resultados, discusión y conclusiones							X	X