



**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
SEDE VIÑA DEL MAR**

**CORRELACION ENTRE BIENESTAR SUBJETIVO EN
CUANTO AL OPTIMISMO, APOYO SOCIAL Y AUTONOMIA
EN ADULTOS MAYORES DE VIÑA DEL MAR.**

Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Psicología.

AUTORAS:

**NICOLE ALEJANDRA ILLANES CARMONA
ANDREA DOMINIKE VALDEBENITO**

Profesor guía: Hugo Plaza Villarroel

Viña de Mar, Chile

2018.

Resumen

En la presente investigación con enfoque psicosocial y cuantitativo, se abordara e indagara una temática absolutamente relevante en nuestro país, que en este caso corresponde a la población de adulto mayor, otorgándole una perspectiva más positiva a esta etapa de vida, debido a que en general existen muchos estudios donde se enfatizan las cualidades negativas y biomédicas que este ciclo presenta, perdiendo la oportunidad de visualizar y realzar los aspectos beneficiosos que esta etapa vital puede traer en este caso, determinando el efecto y el impacto de estas variables como lo son la autonomía, el optimismo y el apoyo social en el bienestar subjetivo del adulto mayor de Viña del Mar.

Palabras claves: adulto mayor, bienestar subjetivo, autonomía, apoyo social, optimismo

Summary

In the present investigation with a psychosocial and quantitative approach, we want to approach and investigate an absolutely relevant issue in our country, which in this case corresponds to our population of older adults, giving a more positive perspective to this stage of life because in general there are many studies that emphasize the negative qualities that this cycle presents, losing the opportunity to visualize and highlight the beneficial aspects that this life stage can bring in this case, determining the effect and impact of these variables such as autonomy, optimism, social support in the subjective well-being of the older adult of Viña del Mar.

Keywords: Older adult, subjective well-being, autonomy, social support, optimis

Tabla de contenidos

Introducción.....	4-6
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1. Planteamiento del problema.....	8-10
1.2 Relevancia de la investigación.....	10-12
1.3 Justificación de la investigación.....	13-15
1.4 Pregunta de investigación.....	16
1.5 Objetivos de la investigación.....	16
1.6 Hipótesis.....	17
CAPITULO II. MARCO TEORICO.....	18
2. Marco conceptual.....	19
2.1. Envejecimiento.....	20
2.1.1 Envejecimiento Demográfico.....	20-21
2.2. Ciclo Vital.....	22
2.3. Funcionalidad.....	22-23
2.4 Adulto Mayor.....	23-24
2.5 Bienestar Psicológico subjetivo.....	24-26
2.5.1 Relación entre el Bienestar subjetivo y el adulto mayor.....	27
2.6 Optimismo.....	28-29
2.6.1 Optimismo y adulto mayor.....	29
2.7. Autonomía.....	30
2.7.1. Autonomía y envejecimiento.....	30-32
2.8. Apoyo social.....	33-34
2.8.1 Factores que promueven el apoyo social en el adulto mayor.....	34-37
2.9. Teoría Gerontológica crítica.....	38-39
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	40
3 Metodología de la Investigación.....	41
3.1 Diseño de Investigación.....	41
3.2 Tipo y características del estudio.....	41-42
3.4 Muestra.....	42
3.5 Criterios de la inclusión muestral.....	43
3.5 Instrumentos.....	44-49
3.6 Procedimiento.....	50-54
3.7 Plan de análisis.....	55
CAPITULO IV. RESULTADOS	56
4. Resultados descriptivos.....	56-70
CAPITULO V. CONCLUSIONES.....	71
5.1 Discusiones.....	72-75
5.2 Conclusiones.....	76-77
5.3 Proyecciones.....	78
Referencias bibliográficas.....	79-86
Anexo.....	87-93

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015), la población mundial está envejeciendo rápidamente, entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida, mientras los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total en este grupo etario. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.

Referente a Chile se puede determinar que “Los cambios favorables acontecidos en el país y a nivel regional en términos del mejoramiento de las condiciones sociales, culturales y de calidad de vida de la población, entre otros aspectos, han influido en el relevante descenso que ha experimentado la fecundidad, en su nivel y estructura, en las últimas cuatro décadas.” (Villalón, Acuña, Farías y Gacitúa, 2006). Lo cierto es que esto está lejos de ser algo sin externalidad, ya que termina por envejecer la población, y hoy en día, Chile no está ajeno a este fenómeno. Se ha podido constatar a través de fuentes oficiales que hoy en día estamos viviendo un gran proceso de envejecimiento de la población: los porcentajes de hijos por cada mujer fértil en Chile es de 1.91 hijos, mientras que las escalas y estadísticas que hablan sobre la tasa de recambio coinciden en que debiese ser de 2.1 hijos. A simple vista, esto es un gran síntoma de que la sociedad chilena está pasando por una etapa de envejecimiento de su

población, lo cual estaría mostrando que estamos frente a una tasa de natalidad bajo los niveles de reemplazo, que acentúa la hipótesis de que hoy en día estamos frente a síntomas de un inminente envejecimiento de la población y que genera desafíos para la sociedad y el Estado (asociación de municipalidades de Chile, 2017).

En cuanto al ciclo vital, podemos definir sobre la delimitación de los periodos del ciclo de vida, que varía con respecto a diferentes épocas y diversas sociedades, siendo la adultez tardía, vejez o adultez mayor la que se evidencia como la etapa final del ciclo vital (65 años o más). La mayoría de los adultos mayores se presentan como físicamente activos, relativamente saludables, independientes y mentalmente alertas, aunque pueden experimentar cambios en su salud. Pueden desarrollar condiciones crónicas, pero es posible controlarlas mediante intervención médica. Muchos adultos mayores tienen más tiempo para cultivar relaciones personales, pero deben lidiar con el declive de algunas de sus facultades, la pérdida de amigos y seres queridos, y la perspectiva de morir (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Un adulto mayor funcionalmente sano se identifica como “aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal”. Ministerio de salud [MINSAL] (2003).

El Bienestar Subjetivo se define como lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Normalmente, se denomina “felicidad” al bienestar subjetivo experimentado cuando se sienten emociones agradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas (Satorre, 2013). Una persona que tenga más experiencias agradables a lo largo de su vida, es más probable que juzgue su vida como placentera, así mismo, las personas que hagan una valoración de su vida de una forma positiva, son las que tienen mayor Bienestar Subjetivo. De lo contrario, las personas que valoran su vida como negativa y perjudicial, son las más “desdichados” (García, 2002). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente.

En el siguiente trabajo de investigación se quiere dar a conocer las relaciones y la importancia que tienen estos conceptos nombrados anteriormente, ya que se estima que es importante reconocer los ámbitos que influyen de manera significativa en una positiva calidad de vida y bienestar en el adulto mayor.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

En general, las políticas internacionales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización (Belenguer, 2000).

Si se analiza la trayectoria histórica del país en relación a la preocupación por los problemas y demandas de los ancianos, ésta es relativamente nueva, comienza en los años 80, cuando se incluye en las agendas de discusión política aquellos aspectos relativos al envejecimiento y sus consecuencias (OPS, 1994). Dentro de la “Política Nacional del Adulto Mayor”, en el año 1996 (Comité Nacional del Adulto Mayor, 1996) se plantea como objetivo principal “lograr un cambio cultural que dé un mejor trato a la población adulta mayor”, lo que implica una percepción distinta del envejecimiento con la consiguiente necesidad de crear medios para facilitar el desarrollo integral del adulto mayor y lograr el mantenimiento o recuperación de la funcionalidad de este grupo etario. Por su parte, el sector salud desarrolla la “Política de Salud del Adulto Mayor”, cuyos objetivos principales están dirigidos al mantenimiento de la funcionalidad y reducción de la mortalidad por causas evitables. Los programas que hoy aparecen como imprescindibles para el apoyo integral del anciano son en su mayoría aquellos orientados a la salud y los servicios sociales. En nuestro país el Ministerio de Salud, cuenta con el programa del adulto mayor donde se tratan, previenen y rehabilitan diversas patologías, tanto de adultos mayores autovalentes, frágiles y postrados (Ministerio de Salud, 2002).

Son los índices o factores positivos los que posibilitan que cada etapa de la vida de una persona tenga como componentes principales factores como: estabilidad emocional, independencia, autonomía, una buena calidad de vida, etc. Por lo tanto, es necesario lograr que las personas que llegan a la tercera edad logren y mantengan un bienestar general, mediante la adaptación a las condiciones de esta etapa vital, con un envejecimiento exitoso o afortunado, optimizando algunas capacidades físicas funcionales y el compromiso activo con la vida (RoweyKahn, 1997). La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MINSAL, 2003).

Existen diversos cambios en las personas de la tercera edad que pueden ser considerados como negativos o pérdidas, tal es el caso de la mayor frecuencia de enfermedades físicas y la discapacidad consiguiente, unido a la disminución del soporte socio-familiar, la pérdida de estatus económico y laboral y la posibilidad de un mayor aislamiento social (Manchón, 1997). Cambios como estos pueden afectar la vida cotidiana del adulto mayor, por ejemplo, la presencia y control de una enfermedad crónica repercute en la realización de actividades del adulto mayor (Varela, Arrivillaga, Cáceres, Correa y Holguín, 2005).

El bienestar subjetivo actualmente considera que una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la ancianidad hecha por algunos miembros de las sociedades

occidentales, lo que disminuye la oportunidad de aceptar otros. Hallazgos importantes de la gerontología moderna, los cuales destacan el incremento de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento, el ajuste en la vejez y el hecho de que la mayor parte de las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad (Thomae,1982).

1.2. Relevancia de la investigación

Teniendo en cuenta que a medida que los años van avanzando, esta población crece de manera rauda, se puede concluir que en la actualidad existe un número significativo de habitantes que cursan esta etapa de la vida. La población de personas adultas mayores se ha incrementado notablemente, y continuará aumentando ya que para el 2050, serán aproximadamente dos mil millones de personas (ONU, 2007).

El cambio de distribución en la población de un país hacia edades más avanzadas, se conoce actualmente como envejecimiento de la población, siendo este entendido como la consecuencia de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad) e incide tanto en su crecimiento como en su composición por edades, que tiende a envejecer. Definiéndose de esta manera como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total(Cepal, 2018)

A nivel global, esta alteración comenzó en los países de ingresos altos (por ejemplo, en Japón el 30% de la población ya tiene más de 60 años), los cambios más drásticos se ven en los países de ingresos altos y medianos. Para mediados de siglo muchos países, por ejemplo, Chile, China, la República Islámica de Irán y

la Federación de Rusia, tendrán una proporción de personas mayores similar a la de Japón.

En cuanto a la población latinoamericana y caribeña, durante las últimas décadas se ha experimentado un aumento considerable en la cantidad de personas de 60 años y más. Este proceso se ha desarrollado con mayor o menor intensidad en todos los países de la región. En el 2000, la población regional de 60 años y más era de 43 millones de personas, cifra que irá en aumento hacia el año 2025, cuando las personas de edad alcancen los 100,5 millones. Para 2050, en tanto, la población latinoamericana y caribeña de esta edad podría llegar a los 183,7 millones, superando ampliamente las cifras observadas hacia fines del siglo anterior (Cepal, 2009)

Hoy en día, se puede identificar una serie de elementos que han ido cambiando el escenario actual de los adultos mayores versus los niños y jóvenes, mientras años atrás, la tónica era que mientras más niños, menos adultos mayores había. Sin embargo, una serie de eventos y fenómenos sociales han ido cambiando este escenario, como la ciencia y la tecnología, las políticas de salud y el desarrollo, lo que ha tenido como efectos una mejora en las expectativas de vida de las personas en Chile y el mundo (asociación de municipalidades de Chile, 2017).

En el año 2002, el 10.8% de la población en Chile tenía 60 años o más, para el año 2017 la cifra subió a un 15.8%, el cual seguirá aumentando para el año 2020 a un 17.3% de la población sobre los 60 años. Además, el proceso de envejecimiento de la población en Chile es muy distinta según la región, esto debido que para 2017 la región de Tarapacá mostró un porcentaje de personas

sobre los 60 años del 11.9%, la cifra menor entre las regiones, pero la región de Valparaíso, para el mismo año, llega a 17.9%, es decir, 6 puntos más. Siendo las comunas rurales las que tienen índices más altos en comparación con los urbanos en torno a los mayores de 60 años. Un fenómeno nuevo en varias regiones en donde hace unos años atrás estas cifras eran distintas, pero hoy en día todos muestran índices superiores de quienes viven en lugares rurales sobre los urbanos(asociación de municipalidades de Chile, 2017)

En cuanto a la distribución de las personas de 60 años y más según el género, se pudo evaluar que existe una diferencia significativa en cuanto a esta variable, ya que la cifra de mujeres corresponde a un 57,3%, mientras que los hombres presentan un porcentaje de 42,7%(Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

Otro efecto que podemos ver sobre el envejecimiento se manifiesta en las cifras del 2017 y sus proyecciones con el 2020: el 100% de las comunas en Chile registrarán alzas en sus porcentajes por lo que ninguna comuna en el país está quedando exento de este fenómeno(asociación de municipalidades de Chile, 2017).

Si las personas mayores pueden vivir esta etapa vital en buena salud y en un entorno propicio, podrán hacer lo que más valoran de forma muy similar a una persona joven. En cambio, si esos años están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas. La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida se pueden emprender

nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones (OMS, 2015).

1.3. Justificación de la investigación

Al comenzar el siglo XXI, el fenómeno del envejecimiento, ha cobrado una mayor relevancia, debido principalmente al aumento de la expectativa de vida en la población. En este periodo, Chile ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado, en el Censo de 2002, las personas mayores de 60 años representaron el 11 % de la población total del país. Según proyecciones del INECEPAL, en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, proyectándose para el año 2025 una población de 3.825.000 adultos mayores, los que representarán el 20% de la población del país, según el Instituto nacional de estadística [INE] (2002). Además, la expectativa de vida de los adultos mayores a los 60 años ha aumentado a 20 años para los hombres y 24 años para las mujeres en el periodo 2000-2005 [INE] (2004). La mayor longevidad de la población, implica no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sino que implica también, una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores.

En Chile, los datos, estimaciones y proyecciones entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) permiten identificar la existencia de un proceso de envejecimiento poblacional en desarrollo. Este proceso de envejecimiento tiene un gran impacto sobre los procesos económicos, políticos y sociales, entre ellos la

disminución en la razón entre personas en edad económicamente activa y aquellos a los que, teóricamente, deben mantener. Entre los adultos mayores de 65 años, se estima que a nivel global tan sólo un 20% de ellos pertenecen a la fuerza laboral activa, una cifra que se encuentra estancada y que es particularmente baja en países desarrollados (ONU, 2009).

El siguiente trabajo de investigación tiene como propósito aportar evidencia a la comunidad en general, no tan solo a las personas de tercera edad, información respecto a factores que aportan y se relacionan con el bienestar psicológico subjetivo de cada persona, ya que destacamos que la futura población no tan solo de nuestro país sino también a nivel mundial crece de manera acelerada. Ya que demográficamente, al igual que el resto de los países de Latinoamérica, Chile presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional; es el tercer país más envejecido de Latinoamérica, donde el grupo de 60 años o más que en el año 2001 era de un 10,6%, se incrementará a un 19% en el año 2025, con una expectativa de vida que alcanzará los 80 años (Ministerio de Planificación, 2003).

Es por este motivo que, para el desarrollo de esta investigación, se examinarán y compararán variables que influyan en el bienestar subjetivo del adulto mayor, estas variables son presentadas en base a la realización de un aporte para el aumento del bienestar subjetivo.

Siguiendo esta línea, el modelo de Ryff presenta una serie de dimensiones consideradas como índices de bienestar (Vázquez, 2009). Siendo estas; el Control Ambiental, Crecimiento Personal, Propósito en la vida, Autonomía,

Autoaceptación, Relaciones Positivas con otros. Además, Vázquez comenta que estas dimensiones que expone la Dra. Ryff, son consideradas elementos “eudaimónicos”, es decir, que tienen una implicación más cognitiva (involucramiento, sentido o significado) y no hedonista, que está relacionado con la parte emocional y placentera.

Para esta investigación, se extraerán tres de las variables anteriormente presentadas en el modelo, tales como la variable Autonomía, Autoaceptación, la cual se relaciona con la actitud positiva, por lo que en esta investigación se utilizará como variable Optimismo y por último las relaciones positivas con otros, que en este caso se denominará como la variable Apoyo social, considerándolas un influyente en el bienestar subjetivo.

Estas variables ya presentadas, pueden entregar una ayuda ya sea individualmente como en conjunto, para un aumento en la calidad de vida que esta etapa del envejecimiento pueda requerir.

1.4. Pregunta de investigación

¿Cómo el nivel de las variables Optimismo, Autonomía y Apoyo social influyen en la percepción del Bienestar Subjetivo, en adultos mayores de Viña del Mar?

1.5. Objetivo general

Determinar las características del bienestar subjetivo de adultos mayores según los niveles de optimismo, autonomía y apoyo social que perciben.

Objetivos específicos

1. Describir el nivel de las variables optimismo, apoyo social, autonomía y bienestar subjetivo en adultos mayores de Viña del Mar.
2. Correlacionar las variables optimismo, apoyo social, autonomía con respecto al bienestar subjetivo en adultos mayores de Viña del Mar.
3. Analizar el efecto de las variables optimismo, apoyo social, autonomía en el bienestar subjetivo en adultos mayores de Viña del Mar.

1.6. Hipótesis

Tras recabar y obtener la información para esta investigación, hipotetizaremos que la variable Bienestar Subjetivo tiene una relación directa con la variable Optimismo, Apoyo social y Autonomía, esto quiere decir que, si la variable Bienestar Subjetivo aumenta, las demás variables relacionadas anteriormente, aumentaran de la misma manera y si esta disminuye, las variables denominadas como Optimismo, Apoyo social y Autonomía descenderán.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Envejecimiento

Podemos seleccionar los procesos del envejecimiento en *envejecimiento primario* que se define como el desarrollo gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza a una edad temprana y continua a lo largo de los años, sin que importe lo que la gente haga para aplazarlo y, por último, el *envejecimiento secundario* que es el resultado de la enfermedad, el abuso y la inactividad, factores que a menudo pueden ser controlados por la persona (Papalia, Olds y Feldman, 2009).

Según los tipos de vejez, se puede definir la *vejez normal* como el que presenta la media de los parámetros correspondientes al funcionamiento biológico, psicológico y social que ha sido definido como normal para ese rango de edad, en cambio la *vejez patológica* ocurre con presencia de enfermedad, vejez no es igual a enfermedad, pero si en la vejez existe más probabilidad de tener enfermedades crónicas, y por último se presenta la *vejez satisfactoria con éxito, competente o activa* como la que se evidencia con baja probabilidad de enfermar y discapacidad asociada, con un adecuado funcionamiento físico y funcional y un alto compromiso con la vida y la sociedad (Rowe y Khan, 1997).

Por consiguiente, se puede definir un *envejecimiento activo* como un proceso de optimización de las oportunidades en base a la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo

largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades (OMS, 2002)

2.1.1 Envejecimiento Demográfico

El concepto de envejecimiento demográfico (o poblacional) en sí se puede denominar como un concepto técnico que sirve para indicar el aumento de la edad media de las personas en una población (Pérez Díaz, 2006). Cuando disminuye la proporción de niños y jóvenes, automáticamente por consecuencia a esto, aumenta la proporción de adultos y ancianos y viceversa. Sin embargo, este concepto ha sido y sigue siendo rodeado por diferentes ideologías, identificándose como la más directa y conocida el envejecimiento biológico, dando una visión de la población de la tercera edad como decadentes y socialmente viejas. Esta visión sobre el envejecimiento deriva de una forma de ver esta etapa llevada a un ámbito más estructurado donde se entiende que las personas únicamente son seres vivos que nacen, crecen, envejecen y mueren, obviando sus componentes sociales y culturales.

En general, se ha conseguido aumentar la esperanza de vida considerablemente en los últimos años. En todo el mundo, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 3 años, por lo que ha pasado de 67 a 70. El mayor cambio ha tenido lugar en África, donde la esperanza de vida se incrementó en 6 años en la primera década del siglo XXI, después de que en la anterior sólo aumentara 2 años. La esperanza de vida en África en el período 2010-2015 era de 60 años, en comparación a los 72 años en Asia, los 75 en Latinoamérica y el Caribe, 77 en Europa y Oceanía, y 79 en América del Norte (ONU, 2007).

La población de América Latina y el Caribe (ALC) está envejeciendo a un ritmo acelerado. Según estimaciones de las Naciones Unidas, se proyecta que la población mayor de 60 años en la región pase de un nivel actual del 11% al 25% en un lapso de 35 años, casi la mitad de tiempo de lo que tardó Europa en recorrer el mismo camino (Naciones Unidas 2017). Asimismo, se proyecta que el ritmo al cual la región está envejeciendo se acelere aún más a partir del 2030 (Wong y Palloni 2009).

En los últimos años ha cogido fuerza la idea de una relación casi lineal e igualitaria entre envejecimiento y dependencia y la representación de la vejez como discapacitada. Esto ha llevado a la construcción de la categoría visualizada en base de la vejez dependiente que lo vincula con una imagen negativa y deficiente de esta etapa de la vida, pretendiendo que la dependencia sea un estado de necesidad de ayuda (y no una relación social) y asimila la dependencia a la pérdida de autonomía (Caradec, 2010). La dependencia se ha ido configurando como un problema, en particular como un problema específico de la vejez (Garrau, Le Goff, 2010).

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), entregó los primeros resultados definitivos del Censo 2017, el que reveló que, en Chile, los adultos mayores superan los 2 millones 800 mil personas, equivalente al 16,2% de los habitantes del país. Asimismo, la caracterización poblacional establece que el 55,7% de la población con 60 años o más corresponde a mujeres, mientras que el 44,3% a hombres. Según el director nacional del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Rubén Valenzuela, “estos resultados confirman que las previsiones

realizadas hace 10 años se han cumplido con creces, y que los programas que se han realizado desde SENAMA, han sido comprensivos de este escenario”.

2.2. Ciclo Vital

Como ámbito inicial podemos definir el ciclo vital como el curso del desarrollo del individuo a través de etapas, edades, estadios, períodos o fases, distinguiendo, por ejemplo: la niñez, adolescencia, edad adulta y la vejez. Cada etapa implica cambio y transformaciones que requieren de aceptación y adaptación para avanzar en el desarrollo (Truzzo, 2002). La delimitación de periodos del ciclo de vida varía con respecto a diferentes épocas y las diversas sociedades. Sin embargo, la mayor parte de la investigación divide la adultez en tres periodos: adultez joven (aproximadamente de 20 a 40 años de edad), adultez media (de 40 a 65 años de edad) y adultez tardía o vejez (65 años o más) (Papalia et al, 2009)

2.3. Funcionalidad

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento (Soberanes, González, & Moreno, 2009).

La salud y funcionalidad del adulto mayor no se explica por la presencia o ausencia de enfermedad, sino más bien, por la capacidad del adulto mayor de desenvolverse en su entorno y relacionarse apropiadamente con sus pares, todo esto con un adecuado nivel de funcionalidad y autovalencia. (Fernández-Ballesteros, 2000).

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etario, el estado de independencia funcional.

Cabe destacar que la capacidad funcional del adulto mayor depende en gran medida de la prevención, por lo tanto, si no se le entrega una atención dirigida y especializada, no se logrará mantener o aumentar su calidad de vida. A esto se agrega, que los adultos mayores tienen una excelente capacidad para responder a los tratamientos médicos que se dirigen a mantener su capacidad funcional. Esto, no solo tiene un efecto positivo para la calidad de vida de los adultos mayores, sino que también cobra relevancia para la sociedad, ya que, en cuanto a costos económicos, es más rentable que exista una mayor cantidad de adultos mayores autovalentes que postrados sin contribuir al país (Marín, 2006).

2.4. Adulto Mayor

Podemos definir al adulto mayor como una persona de 60 años y más, criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] (2011). Desde SENAMA se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez.

Desde un punto de vista biológico, se puede denominar el envejecimiento como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva como consecuencia a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos adultos mayores disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de familiares, pareja, amigos etc. (OMS, 2015).

2.5 Bienestar Psicológico subjetivo

La psicología positiva ha sido un aporte en la psicología para abrir a nuevas investigaciones sobre el tratamiento de patologías mentales, sin embargo, la psicología positiva, ha intentado mirar desde otra perspectiva la enfermedad, logrando enfocar los aspectos positivos de cada persona, logrando de esta manera, el bienestar psicológico. El bienestar psicológico responde al grado de satisfacción que permite sentir la persona con uno mismo y con el entorno, respecto del trabajo, sociedad, familia y consigo mismo (Vásquez, Hervás, 2008).

Se puede determinar el bienestar subjetivo, como el grado en que el sujeto juzga su vida como un todo, es decir, en qué medida la persona se encuentra a gusto con la vida que lleva. El individuo utiliza dos componentes para determinar su bienestar psicológico, el primero son los pensamientos y el segundo los

afectos. La percepción percibida desde el área cognitiva, discrepa con las emociones, con sus aspiraciones y logros (Veenhoven, 1994). De la misma manera, este concepto tiene relación con lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Comúnmente se denomina “felicidad” al bienestar subjetivo experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas. Lo central es entonces, la propia evaluación que la persona hace de su vida (Diener, 2000). Una investigación realizada por la universidad de Chile, cuyos resultados dicen tener relación con la calidad de vida de las personas mayores en Santiago de Chile desde una perspectiva subjetiva (desde el punto de vista de las propias personas de edad) señala que dentro de la multiplicidad de factores que los adultos mayores identificaron como componentes de la calidad de vida en la vejez, se ha podido observar que el entorno social aparece uno de los más influyentes. Esto porque puede limitar la participación efectiva en espacios de decisión y generar situaciones de viejísimo, como también, puede articular y concentrar recursos tales como la contención emocional, apoyo, recursos económicos, materiales, incentivar a la actividad, articular la rutina diaria, facilitar la actualización de cambios sociales y relaciones generacionales, y ayudar al desenvolvimiento de los adultos mayores en el entorno físico en el que viven.

No es extraño que la ciencia de la Psicología quiera que las personas mantengan una mejor vida frente a los fenómenos que ocurren día a día. La salud

no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado holístico en el cual la persona adquiere y desarrolla recursos para una mejor salud mental, en lo social, mental, físico y espiritual (Vásquez, Hervás, 2008).

Se puede definir de la misma manera, que este concepto presenta elementos estables y cambiantes a la vez, si bien es estable a lo largo del tiempo, puede experimentar variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes (Diener, 1994).

Según un estudio realizado en España que explica las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar, se pudo determinar que las fortalezas que correlacionan son Curiosidad, Valentía, Integridad, Liderazgo, Autocontrol, Perdón, Amor, Inteligencia Social, Esperanza, Sentido del humor, Perspectiva, Disfrute de la belleza, Gratitud y Entusiasmo. Por otra parte, la Valentía y el Liderazgo son buenos predictores de la Felicidad, el Amor, el Entusiasmo, el Disfrute y la Gratitud predicen la Satisfacción con la vida y la Inteligencia Social es un buen predictor del Afecto positivo.

Hay suficientes investigaciones que indican que las personas que usan sus fortalezas de una manera más frecuente experimentan un mayor bienestar subjetivo y psicológico, más emociones positivas, mejores estrategias de afrontamiento ante el estrés y relaciones sociales más saludables (DeWall, Lambert, Pond, Kashdan, y Fincham, 2012; Linley y Burns, 2010; Proctor, Maltby, y Linley, 2009).

2.5.1 Relación entre el Bienestar subjetivo y el adulto mayor

Debido al notable aumento en la población que cursa esta etapa de la vida, se ha ido intensificando a medida que ha pasado los años, el interés y la importancia de especificar cuáles son los aspectos que influyen de manera positiva en las condiciones de vida de esta etapa vital, cobrando relevancia el bienestar subjetivo como factor que influye en un posible aumento de la calidad de vida de estas personas.

La evaluación del bienestar subjetivo puede informar sobre el nivel de ajuste y adaptación vivido por los adultos mayores en ese periodo de su desarrollo, el cual, conforme a la estructura demográfica actual, constituye una cuarta parte de la vida. Parece que en la medida en que las personas se perciben satisfechas y con suficientes recursos de enfrentamiento ante los eventos estrés, así como con sentimientos de placer, euforia y alegría, es más probable que tengan los denominados “factores protectores” que básicamente son competencias y habilidades personales para el cuidado de su salud (Domínguez, 2002)

Un estudio realizado en Chile el año 2017 en base a los factores asociados al bienestar subjetivo en adultos mayores, ejecuto un estudio analítico con una muestra correspondiente a 20.351 adultos mayores, dando como resultado que para las personas mayores, la dimensión más importante para explicar su satisfacción vital es la salud, pero específicamente la autopercepción que tienen

de ella, de este modo se destaca la salud como condición prioritaria para el bienestar, seguida de las relaciones familiares, sociales y la adaptación

2.6 Optimismo

Una propuesta sostiene que el optimismo sería un factor clave para la conformación de un cierto nivel de bienestar y felicidad. (Seligman, 1998). Además, el concepto de optimismo no tiene límites en el tiempo como el concepto de felicidad, pues su definición hace mención a expectativas positivas acerca de la ocurrencia de eventos positivos futuros (Carver, Sheier, Sagerstrom, 2010).

El Dr. Martin Seligman de la Universidad de Pensilvania quien es considerado uno de los padres de la Psicología Positiva y también uno de los precursores del estudio del optimismo, argumenta lo siguiente:

Las personas optimistas tienden a creer que la derrota es solo un revés temporal, que sus causas se limitan a este único caso. Los optimistas creen que la derrota no es su culpa: las circunstancias, la mala suerte u otras personas lo llevo a cabo. Tales personas no se inmutan por las derrotas. Enfrentan las malas situaciones y las perciben como un desafío para esforzarse más (Seligman, 2011).

Estudios, como el llevado a cabo recientemente por Eric S. Kim y otros investigadores de Harvard, vinculan el optimismo con una menor mortalidad. En concreto, este estudio se centra en mujeres y señala que las más optimistas registraban un 16 por ciento menos de riesgo de morir de cáncer; 38 % menos de riesgo de morir por enfermedad cardíaca; 39 % menos de riesgo de morir por accidente cerebrovascular; 38 % menos de riesgo de morir por enfermedad

respiratoria; y 52 % menos de riesgo de morir por infección (Kim, Hagan, Grodstein, DeMeo, De Vivo, & Kubzansky, 2017).

2.6.1 Optimismo y adulto mayor

La personalidad se asocia con el comportamiento de salud, pero en esta relación también interviene el optimismo que podría verse afectado, es decir, la personalidad puede influir en el optimismo y este a su vez en el comportamiento de salud (Ingledew & Brunning, 1999)

En esta etapa de la vida, donde se encuentran inmersas las personas mayores, es decir en la vejez, no se caracteriza por el sufrimiento emocional (Charles, Reynolds & Gatz, 2001), aunque si se aprecia una menor intensidad de las emociones positivas y un mayor nivel de afecto negativo que en etapas evolutivas anteriores (Márquez, Fernández, Montorio & Losada, 2008).

Para cada adulto mayor, la producción del sentido y el significado que tiene la vida atraviesa por procesos subjetivos que se apropian o que toman distancia de las legitimaciones institucionalizadas que inciden en su desarrollo, desde la socialización primaria, y que continúan con la socialización secundaria (Berger & Luckman, 1997). Ellos cuentan con sus propias redes de definiciones de realidad y de sí mismos (Gleizer, 1997), en las que encuentran lugar la familia, los amigos, la comunidad, la iglesia, y la vida personal y social.

2.7. Autonomía

Podemos definir la autonomía como la facultad de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona). En el caso de las personas con dependencia o en fase terminal, debe promoverse el máximo respeto de la autonomía como un derecho básico de la persona.

Así, la autonomía se reduce al individualismo propio de una ideología caracterizada por la puesta en valor de la independencia de todos los lazos y de todas las obligaciones sociales. Sin embargo, un enfoque centrado solo en la autonomía, entendida como independencia y autosuficiencia, olvida que los seres humanos son esencialmente dependientes (Agich, 2007).

En este contexto se puede entender que la autonomía no se entiende en términos de autosuficiencia, de capacidad de hacer todo por sí mismo, sino en términos de capacidad de decidir y ejercitar el control bajo cualquiera ayuda se necesite, para conseguir los objetivos elegidos (Fine, Glendinning, 2005).

2.7.1. Autonomía y envejecimiento

Al día de hoy el envejecimiento poblacional sigue siendo percibido como un problema más que como un logro, un problema relacionado con la denominada “crisis de los cuidados” (Hochschild, Pérez y Orozco, 2006). Se puede evidenciar en base a lo antes propuesto, el sistema público, particularmente en la distribución de las prestaciones sociales y económicas en base al desajuste que pudiese

existir entre la “población productiva” y la “población improductiva” (Talarsky, 1998).

Actualmente en nuestro país, la idea de convertirse en una persona mayor no genera un potencial entusiasmo, explicándose con una cultura que desconoce esta etapa, sus beneficios, dando como resultado un rechazo a la aproximación o a una mirada de esta última etapa vital.

Se realizó un estudio en España sobre la autonomía y el estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados que dio como resultado que en cuanto al objeto de estudio y de una forma generalizada, los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización. Los aspectos organizativos y profesionales hacen que la persona mayor perciba el centro residencial como una alternativa de calidad a su domicilio habitual y puede ser un entorno en el que puede vivir sin sentirse desconcertado.

El control sobre la propia vida en términos de autonomía decisoria constituye un indicador importante en la calidad de vida del adulto mayor. En este mismo sentido podría afirmarse que el déficit de autonomía disminuye la satisfacción frente a la vida. (Dulcey-Ruiz, 1997; Dulcey-Ruiz, Giraldo, Ospina y Velasco, 1999). Según un artículo creado el 2016 por la Universidad FinisTerra Chile, se analizó la autonomía del mayor y las estrategias que respetando esta condición promueven su inserción laboral, dentro de las conclusiones encontradas se destacó que a partir de los documentos revisados, es importante destacar que la autonomía pone énfasis en la libertad para tomar decisiones y en la capacidad de

hacerse cargo de éstas, la cual se ejerce por medio de una participación activa, el desarrollo de las capacidades y la construcción de entornos seguros. El reconocimiento creciente de los derechos humanos en el ámbito internacional y nacional promueve el respeto hacia la persona mayor; ello facilita considerar su autonomía como un principio que permite realizar elecciones existenciales de las cuales pende la identidad personal y biográfica (Marini, 2010). Siguiendo esta línea, un estudio realizado en Colombia el año 2015 basado en la relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad, dio como resultado la conclusión de que a partir de los estudios realizados anteriormente con ancianos no institucionalizados (Bergland, Thorsen&WaalerLoland, 2010; Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; García & Troyano, 2013; Wagner, Gerstorf, Hoppmann&Luszcz, 2013), y midiendo la autonomía funcional en función de la actividad física, en el presente estudio se encontró una clara relación positiva entre la autoestima y la autonomía funcional en ancianos institucionalizados. Zavala et al (2006). Plantean una relación entre bienestar psicológico y autoestima-autoeficacia y afirman, en concreto, que la eficacia unida a la autoestima implica bienestar psicológico. En el presente estudio se confirma la relación entre la autoestima y la capacidad que tienen los ancianos para llevar a cabo las actividades básicas de la vida cotidiana como comer, bañarse, vestirse y desplazarse.

2.8. Apoyo social

Se puede definir apoyo social como “la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas” (González y Restrepo, 2010). Incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida (Barrón, 2003).

El apoyo social cumple muchas funciones diferentes, las cuales podrían agruparse en tres tipos principales, una función emocional relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; una función informativa, que involucra recibir consejo y orientación, y una función instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (Martín, Sánchez y Sierra, 2003). Aunque cada uno de estos tipos de función puede ser relevante para el bienestar del individuo, se tiende a considerar que el apoyo de tipo emocional es el más importante, en especial en el contexto de las enfermedades graves y, en particular, en el cáncer (Trunzo y Pinto, 2003).

Se puede determinar que la cantidad y calidad de las relaciones sociales pueden tener efectos en los mecanismos fisiológicos relacionados con los problemas de salud, ya sea directamente o a través de la mediación de procesos psicológicos o conductuales. Por ejemplo, la presencia de apoyo social puede promover conductas adaptativas de salud (como estimular la búsqueda de atención médica, el ejercicio y una dieta saludable, o desincentivar el fumar y el beber excesivos), o proporcionar un sentimiento de bienestar que contrarreste o

inhiba los efectos negativos del estrés. A la inversa, la ausencia de tal apoyo social puede exponer al individuo a mayor estrés, el cual podría producir algunos efectos en la actividad fisiológica (funcionamiento inmunológico, reactividad cardíaca) ya sea de modo directo o mediante procesos psicológicos (por ejemplo, ansiedad o depresión). Respecto a lo último, cada vez se conoce mejor la relación existente entre los problemas de salud y los estados emocionales negativos (Barra, 2003b)

2.8.1 Factores que promueven el apoyo social en el adulto mayor

En base al adulto mayor en este ámbito, se puede observar que el apoyo social que este sujeto adquiera o reciba desde el ambiente es uno de los más destacados ya que este factor engloba una serie de situaciones y acciones que pueden movilizar la vida del adulto mayor (Parraguez, Torrejón, Anigstein, 2011).

Así, se ha encontrado que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos (Bozo, Toksabay&Kürüm, 2009). Dentro de la familia se ha observado que el matrimonio constituye un apoyo fundamental, especialmente para los hombres, ya que estos además de presentar una menor red social, dependen de sus esposas en la realización de actividades (Reyes, Camacho, Eschbach&Markides, 2006). Siguiendo con esta idea, se realizó un estudio en España sobre la influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos, los datos obtenidos indican que la muestra de este estudio posee un adecuado nivel de apoyo social percibido, siendo la familia la principal proveedora de apoyo, y el

sistema familiar funcional. Estos datos concuerdan con otros estudios en los que el apoyo familiar es la forma de apoyo fundamental de las personas mayores (HelpAge International, 2002). Son los hijos en general, la hija, el cónyuge y el hijo los familiares de los que mayor apoyo percibe el anciano, debido principalmente a los patrones socioculturales que imperan en nuestra sociedad, donde las hijas soportan el rol de cuidadoras de sus padres. Teoría también contemplada por otros estudios que reflejan el importante papel que desempeña la familia para las personas mayores como principal fuente de apoyo social con las hijas como principales cuidadoras (Bazo y Domínguez, 1996; IMSERSO, 1995).

Más allá de todas las definiciones, el estudio del impacto del apoyo social en la vejez, tiene ciertas peculiaridades producto de las características distintivas de este grupo etario, como por la mayor probabilidad de que este grupo pierda relaciones sociales, producto de sucesos característicos de esta edad (jubilación, viudez, institucionalización, etc.), o por características personales (salud o escasos recursos educativos), lo que haría pensar que los adultos mayores cuentan con menores posibilidades de recibir el apoyo social necesario para afrontar los diversos acontecimientos estresantes (Fernández-Ballesteros et. al, 1992), hecho alarmante en la medida que lo necesitan para hacer frente al deterioro propio de esta edad (Barros, 1996).

Se presentó un estudio que tuvo como objetivo examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores, con una muestra constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de

Concepción (Chile), donde los resultados expresaron que tanto el apoyo social percibido como la percepción de salud presentaron una relación significativa con el bienestar psicológico, aunque la primera variable tiene una relación notoriamente mayor que la segunda con el bienestar psicológico de los adultos mayores. Este resultado es consistente con diversos estudios que destacan la importancia del apoyo que percibe el individuo de su entorno como elemento protector en la salud mental, ya que la existencia de relaciones significativas y estables en el tiempo inciden en el autoconcepto, el nivel de funcionamiento y el afrontamiento del estrés (Aguerre & Bouffard, 2008; Barra, 2004; Fernández et al., 2000; Fiori, Smith & Antonucci, 2007; Hicks et al., 2001; Kleinspehn, Kotte. & Smith, 2008). Existen evidencias de que la existencia de una red social adecuada podría influir en la modificación de las estrategias de afrontamiento, en la integración o participación social y en el incremento de la motivación, actuando como un posible predictor de discapacidad en la vejez (Escobar et al., 2008; Mella et al., 2004; Stefani, 2004). El apoyo social percibido no solo influiría en el bienestar al proporcionar estabilidad emocional, atención y protección de otros (Bozo et al., 2009; Domínguez et al., 2001), sino que también permitiría al individuo un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido en la vida (Azpiazu et al., 2002).

Por otro lado, se realizó un estudio en base a la autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores en México, que dio como resultado y conclusión final de acuerdo con las puntuaciones para la variable de apoyo social en el adulto mayor y sus componentes de frecuencia de contacto, tipo de apoyo recibido (emocional, material, instrumental e informativo) y la satisfacción con éste, en las esferas

familiar, extra familiar e institucional. El hecho de que, en el presente estudio, las puntuaciones medias para cada uno de los elementos y la red de apoyo social se ubicaran en general por debajo de 50 (en una escala de 0 a 100) puede deberse a que el individuo durante la vejez puede enfrentarse a la pérdida de seres queridos y a una modificación en su rol social y familiar, como lo menciona Quintanilla (2000). En otras palabras, debido a que es muy posible que tengan que experimentar la muerte de amigos conocidos e incluso de la pareja, además de la limitación o complicación para llevar a cabo actividades que estaban acostumbrados a realizar, ya sea debido al cambio del estatus laboral (jubilación) o a complicaciones fisiológicas, la red de apoyo social que habían establecido en las etapas anteriores de su vida puede verse mermada; es decir, la frecuencia con la que tienen contacto con otras personas, el apoyo que reciben de ellas y la satisfacción con éste pueden reducirse.

Se observó que la red de apoyo social es un elemento que puede influir en la autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana, y sus componentes, ya que se encontraron correlaciones significativas, aunque moderadas, entre éstos. Lo que puede deberse como lo refiere Sluzki (1996), respecto de que la red de apoyo social propicia la experiencia de identidad, bienestar y protagonismo para la realización de actividades.

2.9. Teoría Gerontológica crítica

Desde el campo social y aún desde unas disciplinas siguen siendo dominantes los modelos biomédicos, biológuitas y organicistas para caracterizar a los adultos mayores. Estos modelos centran la mirada en lo que se considera “normal” o “anormal”, “sano”, o “enfermos” según la edad de los sujetos, recurriendo de este modo a parámetros biológicos universalmente válidos para todas las culturas y todos los tiempos. Estas perspectivas niegan la influencia de los procesos psicosociales en salud o enfermedad de los sujetos, reduciendo todo a un problema biológico (Sternik, 2010).

La Gerontología crítica pone en cuestión esta manera reduccionista y homogeneizante de entender al “otro”, de clasificar y tratar al adulto mayor como si solo portase un cuerpo biológicamente sano o enfermo. Este campo del saber propone un nuevo modelo para entender la complejidad del ser humano, entendiendo que los adultos mayores antes que nada son sujetos que han construido sus vidas en un contexto socio-histórico determinado. La subjetividad se va configurando así en la compleja trama de vínculos y relaciones sociales, que fueron haciendo que cada psiquismo emergiera con mayores o menos posibilidades de adaptarse a la realidad (Moragas Moragas, 1998).

Según la teoría de la dependencia estructurada (o gerontología crítica), se considera a la vejez más como una construcción social que a un fenómeno psicobiológico, revalorizando los condicionantes sociales, económicos y políticos

que determinan las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores. De esta manera se ha quebrado cualquier intento de tratar la vejez como un asunto meramente biológico por considerarla como una posición social resultante de la división del trabajo y de la estructura de desigualdad (Rodríguez, Aranibar, 2001).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Metodología de investigación

Esta investigación se presenta con un enfoque cuantitativo debido a que se estableció una medición a un conjunto de personas que cumplieron con las características necesarias, para así poder ser medidas estas variables en función del adulto mayor, siendo este diseño de carácter correlacional debido a que se pretende medir el grado de relación de una serie de variables o fenómenos.

3.2. Diseño de investigación

Se presenta esta investigación como un diseño no experimental, dado que se ha establecido que el enfoque no va dirigido a las variables propiamente tal, sino que se investiga en base a cómo se da el fenómeno del Bienestar Subjetivo en función de una serie de variables anteriormente presentadas, nuestro corte es transversal ya que se midieron en un solo momento.

3.3 Tipo y características del estudio

Nuestro tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que es utilizado comúnmente en investigaciones como es en nuestro caso, cuantitativa por conveniencia ya que se pretende seleccionar unidades de análisis que cumplen los requisitos de la población objeto de estudio, pero que, sin embargo, no son seleccionadas al azar.

En la presente investigación, los parámetros dieron como resultado que el test que se utilizó en esta investigación se basó en la regresión lineal múltiple, dado que este modelo trabaja entre una variable dependiente y más de una variable independiente siendo esta una técnica estadística destinada a analizar el por qué

ocurren las situaciones. Donde se estima un tamaño de efecto moderado (0,15) con un alfa de error de 0,5 (el alfa de error se conoce como error tipo uno, este concepto significa que se rechaza la hipótesis nula, cuando esta es verdadera) y una potencia de prueba de 0,8 (que se presenta como error tipo 2, entendiéndose que en este ámbito no se rechaza la hipótesis nula cuando esta es falsa, siendo en este caso la potencia de prueba presentada como aceptada). El número de proyectores considerados en esta investigación son tres presentados como optimismo, apoyo social y autonomía siendo la variable a predecir el Bienestar Subjetivo.

3.4 Muestra

La muestra de esta investigación fue calculada bajo tamaño de efecto, debido a que este estadístico se define como el grado en que el fenómeno está presente en la población o en el contexto de una prueba de significación, corresponde al grado en que la hipótesis nula es falsa (Cohen, 1988). Su finalidad se caracteriza en base a la cuantificación de la relevancia del efecto obtenido, esto quiere decir que los tamaños de efecto pequeños pueden ser visualizados como irrelevantes.

Debido a esto y considerando estos parámetros, para realizar el cálculo muestral se utilizó G*Power que corresponde a un programa estadístico, de descarga gratuita, diseñado para realizar estimaciones de la potencia estadística y del tamaño del efecto (Erdfelder, Faul, Buchner, 1996; Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007). Como resultado final, este programa nos arrojó en base a nuestro requerimiento una muestra para esta investigación de 100 sujetos.

3.5 Criterios de la inclusión muestral

Los criterios del sujeto para esta investigación es de adultos mayores autovalentes (capacidad de realizar las actividades básicas de la vida cotidiana), que sepan leer y escribir, que estén dispuestos a participar en nuestra investigación y que autoricen el consentimiento informado que se les presentara con anterioridad. Se requiere un rango de edad entre 60 y 80 años o más , debido a que éstas se presentan como edades en que el adulto mayor pasa última etapa evolutiva, ya que en Chile la esperanza de vida es de 82 años para las mujeres y de 77 para los hombres. Si bien esta realidad la podemos considerar como positiva, es necesario mirar y estudiar la calidad con la cual se están viviendo estos años ganados, enfocándonos en ambos géneros, masculino y femenino. Otro criterio que utilizaremos, será que los adultos mayores no estén institucionalizados, es decir, personas que se encuentren viviendo en su propio hogar o con sus familias, pertenecientes a la ciudad de Viña del Mar.

Cabe destacar que un criterio importante en esta investigación refiere a que los adultos mayores corresponden a personas que están afiliadas a una caja de compensación (que en este caso corresponde a la Corporación Caja los Andes)

3.6. Instrumentos

3.6.1 instrumento de apoyo social, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale Of Perceived Social Support MSPSS)

En cuanto a esta escala, fue aplicada (creada por Gregory D. Zimet, Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet y Gordon K. Harley) el año 1988 en Estados Unidos, siendo el objetivo de la escala, medir efectivamente el apoyo social percibido, contando con validación internacional en países como Estados Unidos en su estudio original, en Tailandia en estudiantes universitarios de Medicina. La escala MSPSS está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo.

La escala original, presenta una consistencia global reflejada en el alfa de Cronbach por cada sub-escala (otros significantes, familia, amigos) de 0,91; 0,87; 0,85 respectivamente. La escala completa presenta una fiabilidad de 0,88. Fue traducida y adaptada para su uso en Chile por Arechavala y Miranda (2002), donde la principal adaptación realizada consistió en reducir la escala de frecuencia a 4 niveles, desde 1 que indica casi nunca, hasta 4 que señala casi siempre o siempre, así la escala va desde un puntaje mínimo de 12 a un máximo de 48. Los análisis métricos han evidenciado que, en población Chilena, la escala replica las tres dimensiones originales con niveles de fiabilidad óptimos.

Las respuestas están en formato tipo Likert, de 4 puntos (1= casi siempre; 2= a veces; 3= con frecuencia; 4= siempre o casi siempre), a mayor puntaje obtenido, mayor apoyo social percibido.

En relación al uso de la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social MSPSS (Zimet y cols., 1988), en Chile hay por lo menos tres estudios que describen el uso de esta escala, siendo esta presentada en una población de estudiantes de la Universidad de Concepción (conformada por 353 universitarios de ambos sexos), de la misma manera a 100 mujeres emprendedoras pertenecientes a la región del Maule y a una población de adultos mayores pertenecientes a la región Metropolitana, presentando una confiabilidad adecuada, siendo posible de esta manera contar con dicho instrumento, que mide apoyo social percibido en la población.

Para efectos del presente estudio, cabe destacar que la confiabilidad correspondiente a la realización de esta escala, en esta investigación fue de 0.89.

3.6.2 Instrumento de optimismo, Test de Orientación Vital Revisado (LifeOrientation Test Rrevised LOT-R)

Este test (LOT-R) fue formulado por Sheiner y Carver el año 1992, con el fin de poder medir el optimismo disposicional, con la versión en español del LifeOrientation Test Revised (LOT-R) (Remor, Amorós, y Carroble, 2006). Esta escala está compuesta por seis ítemes que miden el grado de optimismo ("siempre estoy optimista sobre mi futuro") o pesimismo ("nunca espero que las cosas salgan a mi manera") de los sujetos. El formato de respuesta es de tipo Likert, de cinco puntos (1= muy en desacuerdo hasta 5 = muy de acuerdo). Se estima que a mayor puntaje más optimista es el sujeto.

En cuanto a esta escala cabe destacar que existen estudios nacionales que validan la aplicación de esta escala en nuestra población. Estudios realizados en muestras chilenas con estudiantes universitarios, siendo estos 526 estudiantes pertenecientes a la Universidad La Frontera en el primer estudio y 306 estudiantes universitarios pertenecientes a la ciudad de Santiago de Chile, presentando una confiabilidad adecuada para estos dos estudios. Pudiendo de esta manera confirmar la estructura de la versión abreviada del LifeOrientation Test (LOT-R; Remor, Amorós, y Carroble, 2006). lo que concuerda con la conceptualización teórica propuesta por los autores de la escala original (Scheier y Carver, 1992) y la versión en español del LOT-R.

En relación a la confiabilidad de la escala, ésta fue adecuada, lo que es consistente con resultados obtenidos en estudios previos realizados en Chile y Latinoamérica. (Ortiz, Pérez, Cancino, & Herrera, 2016)

En conclusión, la evidencia obtenida de estos estudios realizados con estudiantes universitarios de Chile, permite en cuanto a lo antes descrito disponer de una escala validada para medir el nivel de Optimismo Disposicional a través de un instrumento breve y confiable.

En cuanto al presente estudio, se decidió eliminar tres ítems de la escala, correspondientes a el ítem numero 3 (si algo malo me puede pasar, estoy seguro que me pasara), el numero 7 (rara vez se espera que las cosas salgan a mi manera) y el ítem numero 9 (casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas) para aumentar su confiabilidad, que dio como resultado una confiabilidad de 0.72 para esta investigación.

3.6.3 Instrumento de autonomía, Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer (Pfeffer Functional Activities Questionnaire PFAQ)

El Cuestionario PFAQ fue diseñado por Pfeffer, en 1982 siendo esta una herramienta de *screening* para evaluar la independencia en el desempeño de actividades de la vida diaria, diseñado para estudios de comunidades de personas con envejecimiento normal y personas que presentan alteraciones funcionales leves. El test puede ser respondido por el entrevistado o un informante confiable. La versión original del año 1982 tenía 10 ítems sobre actividades ante las cuales se preguntaba acerca de la habilidad para desarrollarlas en una escala de 6 respuestas que variaban según de qué actividad se tratase: actividades financieras, hacer trámites, compras, practicar algún hobby, calentar agua para

té/café, preparar la comida, mantenerse al tanto de los acontecimientos, comprender un programa de televisión o lectura, recordar acontecimientos, movilizarse fuera del barrio.

En Chile (Quiroga, Albala y Klaasen, 2004) validaron este instrumento como un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia en personas de 65 y más años. La versión en español que utilizaron (constó de un total de 11 ítems, para cada uno de los cuales existieron 4 respuestas posibles: 0 = Sí es capaz o podría hacerlo; 1 = Con alguna dificultad; 2 = Necesita ayuda; 3 = No es capaz. El puntaje total se calcula como la suma de los puntajes de cada ítem (0 a 33 puntos).

En cuanto a esta investigación, se detalla que la escala correspondiente a esta variable, arrojó como resultado una confiabilidad de 0.95.

3.6.4 Instrumento de Bienestar subjetivo Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)

Esta escala, consta de cinco ítems que evalúan la satisfacción con la vida a través del juicio global que hacen las personas sobre esta. Para el presente trabajo se utilizó la traducción al castellano de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000), la cual presenta los reactivos de la siguiente manera: (a) “En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea”, (b) “Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes”, (c) “Estoy satisfecho con mi vida”, (d) “Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido” y (e) “Las circunstancias de mi vida son buenas”. En versión al español se llevó a

cabo una reducción en las opciones de respuesta del instrumento (en la versión original es de 7), por lo que los valores oscilan entre 1 y 5, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 5 es “totalmente de acuerdo”. La puntuación total va de 5 (baja satisfacción) a 25 (alta satisfacción). Este instrumento se ha utilizado en gran cantidad de estudios y ha mostrado obtener muy buenas propiedades psicométricas. Es una escala de un solo factor, y ha mostrado alta consistencia interna con valores de alfa de Cronbach, que oscilan entre 0.89 y 0.79. Se han obtenido correlaciones negativas de la escala con el afecto negativo, ansiedad y depresión, y por otro lado correlaciones positivas con otras medidas de bienestar (Diener et al., 1985).

Existen estudios realizados en Chile que validan la utilización de la presente escala en la población nacional, correspondiente a por lo menos dos estudios efectuados con estudiantes universitarios (207 estudiantes) y con 927 personas, trabajadores y estudiantes, entre 17 y 77 años pertenecientes a la ciudad del Maule, que dieron como resultado una confiabilidad adecuada, pudiendo de esta manera utilizarse en cuanto a la población en general sin complicaciones.

En cuanto a esta investigación, cabe destacar que, como resultado final, la presente variable arrojó una confiabilidad correspondiente a 0.85

3.7. Procedimiento

3.7.1 Contacto

Primeramente, se investigaron los sectores más óptimos para poder realizar las pruebas, a las los AM con las características antes descritas, se encontró el contacto por medio de internet, por lo cual se procedió a llamar a la persona encargada para programar la visita al lugar, en este caso la caja de compensación Los Andes, Viña del Mar. allí se explicó al encargado lo que pretendíamos realizar en dicho lugar, que ésta investigación iba dirigida 100 adultos mayores con las características especificadas anteriormente, y que esta investigación consistía conocer la percepción del bienestar y calidad de vida que ellos tienen a través de unas encuestas. El encargado accedió de manera rauda, ya que, le pareció interesante el poder conocer estas percepciones del adulto mayor, se procedió al día siguiente ir con los instrumentos al lugar, para la entrega de las encuesta, las que estuvieron listas en dos días.

3.7.2. Reclutamiento

Como se ha destacado anteriormente, nuestra muestra varia en edades entre los 60 y 80 años, realizándose entre hombres y mujeres con este rango de edad ya especificado. Luego de tener la autorización para realizar nuestras pruebas, se solicitará la información ya antes requerida en cuanto a la población de adulto mayor correspondiente al sector ya presentada, para que posteriormente se nos dé a conocer una ficha que contenga los posibles participantes que se adecuen según nuestro requerimiento. Posteriormente a esto, se establecerá el contacto

inicial con dichas personas para de esta manera, expresar de forma presencial cual es el propósito de nuestra investigación y cuán importante serán estos futuros participantes en dicho proceso, si se presenta una respuesta positiva por parte de la persona, se presentara el consentimiento informado que detalle o describa un breve resumen de nuestra investigación y cuál es la función de estos participantes, luego de este proceso se establecerá el día a efectuar la prueba y cuál será el tiempo aproximado de duración de dicho instrumento.

En cuanto al requerimiento de las personas, se solicitó un espacio para poder realizar una reunión donde estas personas pudieran asistir y así se dio la oportunidad de explicar la presente investigación y la necesidad de la participación de estos en base a esta muestra, posteriormente con las personas que aceptaron y quisieron participar en este proceso, se siguió con la orientación ya antes descrita.

3.7.3. Aplicación de pruebas

Para la presentación de nuestro instrumento y de acuerdo a nuestras variables, se buscara un espacio cómodo para el sujeto en cuestión dentro de un recinto (o junta de vecinos) o del hogar respectivo (en este último caso, si la persona no institucionalizada no escoge o no es de su preferencia la realización de la prueba en el interior de su hogar, se dará la opción y se solicitara un espacio dentro de la junta de vecinos cercana a su residencia, para que este proceso y el cumplimiento de este se pueda realizar de la manera más óptima posible y respetando los

criterios que esta persona evidencie), para que de esta manera pueda efectuar este instrumento en un ambiente acogedor que le permita la realización de la prueba lo más grato posible, acomodándonos a un horario facilitador para estos participantes, donde no se presenten actividades ya programadas anteriormente. Luego de verificar estas circunstancias se precederá a entregar la prueba, para que de esta manera y por consiguiente se dé una pequeña introducción de lo que presenta el instrumento, para luego dar el tiempo aproximando para la realización de lo antes ya presentado.

3.7.4. Aspectos éticos

En este ámbito se quiere destacar que la confidencialidad en base a si se requerirá ingresar el nombre o un dato anexo para cada prueba, será decisión del individuo que la realice, debido a que el ingresar o no los nombres de los participantes u otro dato requerido de la muestra en las pruebas será decisión de cada persona, dejando esta opción a su criterio personal.

3.7.5Confidencialidad

Se entiende por confidencialidad como una garantía para el participante de que la información que se va a entregar para la realización de esta investigación será resguardada y protegida para que no exista una divulgación sin la autorización previa de dicha persona, es por este motivo que en este punto se quiere destacar que el acceso a esta información será únicamente para fines de esta investigación.

3.7.6No maleficencia

Se quiere destacar en este punto a considerar que esta investigación tiene como motivación principal el dar a mostrar una mirada llevada hacia los beneficios y los aspectos positivos que pueden llevar a que esta etapa vital sea considerada de una manera más amena, es por este motivo que nuestro propósito, ya sea con esta investigación o con sus participantes es el proporcionar el menor daño en cualquiera de sus formas posibles, especialmente con los participantes de esta muestra, es por este motivo que, si en este proceso se determina que existirá algún tipo de mal o daño para estas personas, se entregara la información referente a esto de una manera competente, discreta y en el tiempo adecuado sobre cualquier riesgo que esta investigación traiga, se quiere destacar que si esto llegara a ocurrir, no cabera la menor duda de que existirá una preocupación en base a que los beneficios que traerá esta investigación excederá en importancia a estos posibles riesgos, si es que existieran o se presentaran a lo largo de este estudio.

3.7.7. Independencia o libre elección

Es importante especificar que si en algún momento de la investigación, ya sea al principio o ya avanzado el desarrollo de este estudio, el sujeto que participe de esta muestra desee o decida abandonar por decisión propia este proceso, puede hacerlo sin ningún tipo de presión o convencimiento tanto como en dicha oportunidad o posteriormente a esta, para ya sea retomar o reintegrarse.

Se pretende que estas personas conozcan de antemano los instrumentos que se van a utilizar, los procesos que conlleva cada uno de estos y cuál será la finalidad para cada una de estas pruebas presentadas, para que así, exista un conocimiento previo por parte de estos sujetos sobre cómo se efectuara el procedimiento y la evolución que este conlleve.

3.7.8. Retribución a los participantes

Los individuos que así lo deseen o requieran, podrán contar con un breve informe tipo, que contenga sus resultados respectivos ya sea para estos o para el equipo multidisciplinario (en el caso de las personas institucionalizadas), no obstante para poder realizar este requerimiento, los participantes deberán agregar sus datos y la identificación en el consentimiento informado, (en cuyo caso y como se había manifestado anteriormente, ellos mismos regularan la confidencialidad en caso de que pretendan solicitar este informe)

3.5 Plan de análisis

Objetivo	Hipótesis	Análisis
1.Describir el nivel de optimismo, apoyo social, autonomía y bienestar subjetivo en adultos mayores de Viña del Mar.	-	Medida tendencia central y dispersión
2.Correlacionar optimismo, apoyo social, autonomía con respecto al bienestar subjetivo en adultos mayores de Viña del Mar.	- Mayor optimismo, bienestar mayor - Mayor apoyo social, bienestar mayor - Mayor autonomía, bienestar mayor - Mayor bienestar subjetivo.	Correlación de Pearson
3. Examinar el efecto de optimismo, apoyo social, autonomía en el bienestar subjetivo en adultos mayores de Viña del Mar.	Un mayor nivel de optimismo apoyo social y autonomía predicen un mayor bienestar subjetivo.	Regresión lineal múltiple.

Tabla 2. Los datos serán procesados en el software estadístico IBM SPSS Statistics.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados

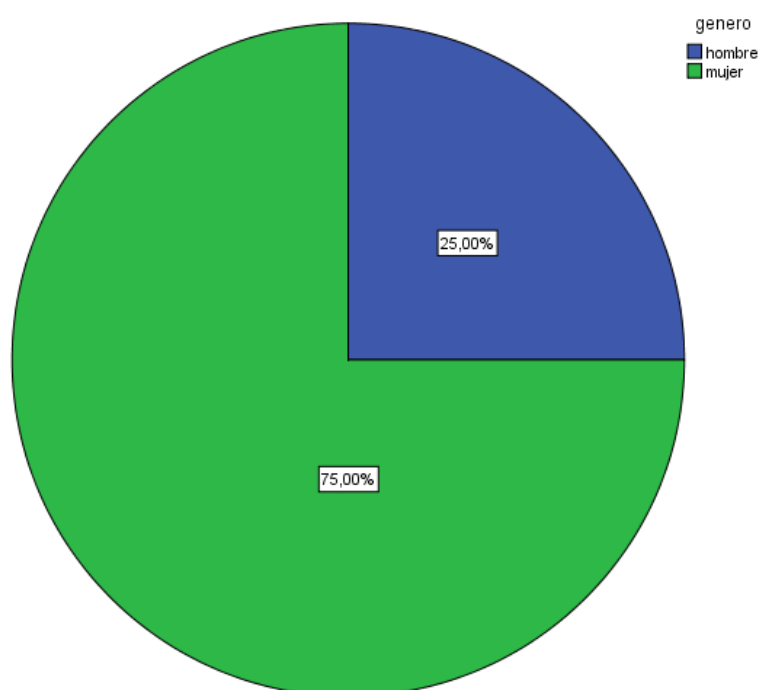
Para comenzar se presentará los resultados obtenidos de acuerdo a la muestra correspondiente a esta investigación.

Tabla 1. Género

Género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	25	25,0	25,0	25,0
	mujer	75	75,0	75,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

De acuerdo a los objetivos presentados en este estudio se puede establecer que, en cuanto al género, la muestra se presentó mayoritariamente por mujeres, presentándose en este caso un porcentaje elevado en comparación con los varones.

Grafico 1. Género

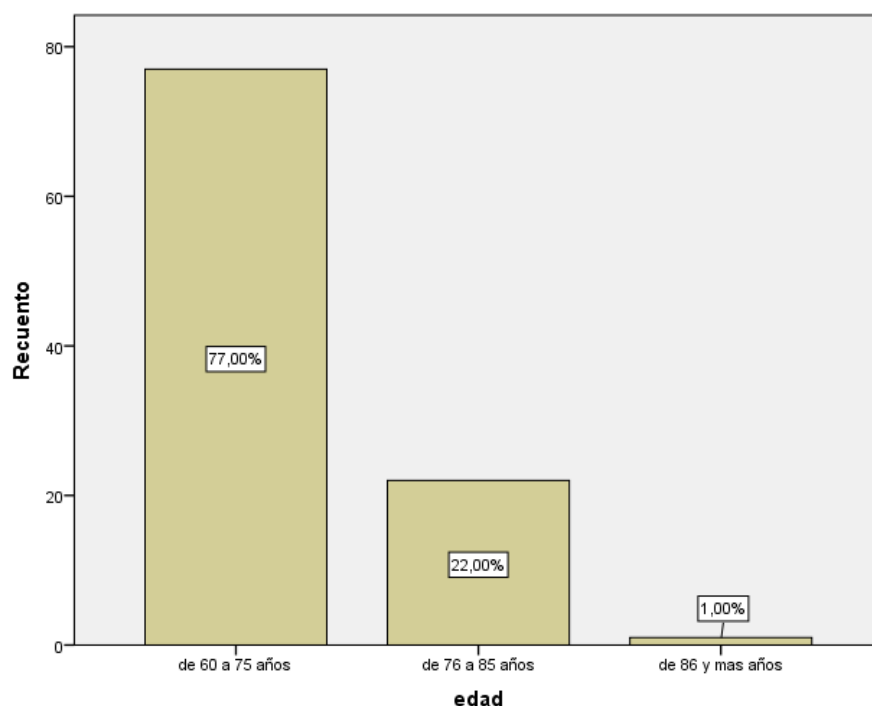


En el Grafico N°1 se establece que la muestra se consideró en un 25% correspondiente a la población masculina, y un 75% a la femenina, que pueden indicar que las mujeres tienen un mayor porcentaje de afiliación a las cajas de compensación que los adultos mayores hombres, mostrándose en esta investigación una brecha significativa entre cada género.

Tabla 2. Edad

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	de 60 a 75 años	77	77,0	77,0	77,0
	de 76 a 85 años	22	22,0	22,0	99,0
	de 86 y más años	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Grafico 2. Edad

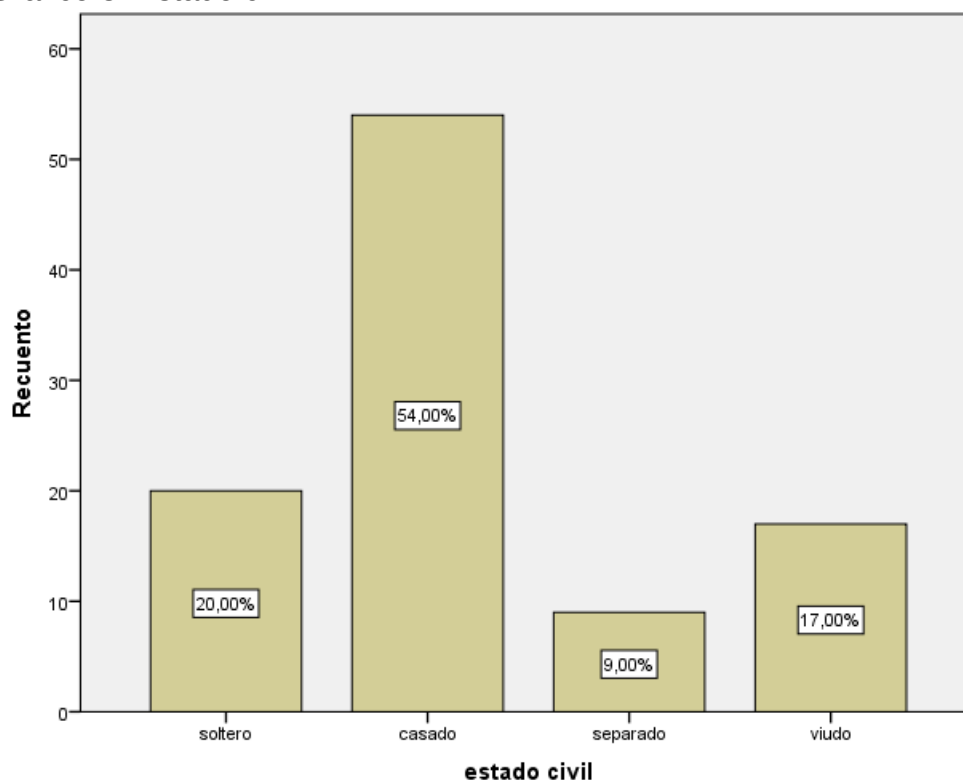


En cuanto al rango de edad, para esta investigación se presentó un promedio entre los 60 y los 86 años o más. Presentándose un mayor porcentaje en el rango denominado entre las edades de 60 y 75 años (con un 77%, seguido de un 22% de 76 a 85 años, y un 1% de 86 años y más) lo que expone que este rango de edad, que equivale a la categoría más joven de la presente muestra, es el que se mantiene más participativo o más cercano a esta corporación.

Tabla 3. Estado civil

Estado civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	soltero	20	20,0	20,0	20,0
	casado	54	54,0	54,0	74,0
	separado	9	9,0	9,0	83,0
	viudo	17	17,0	17,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Grafico 3. Estado civil

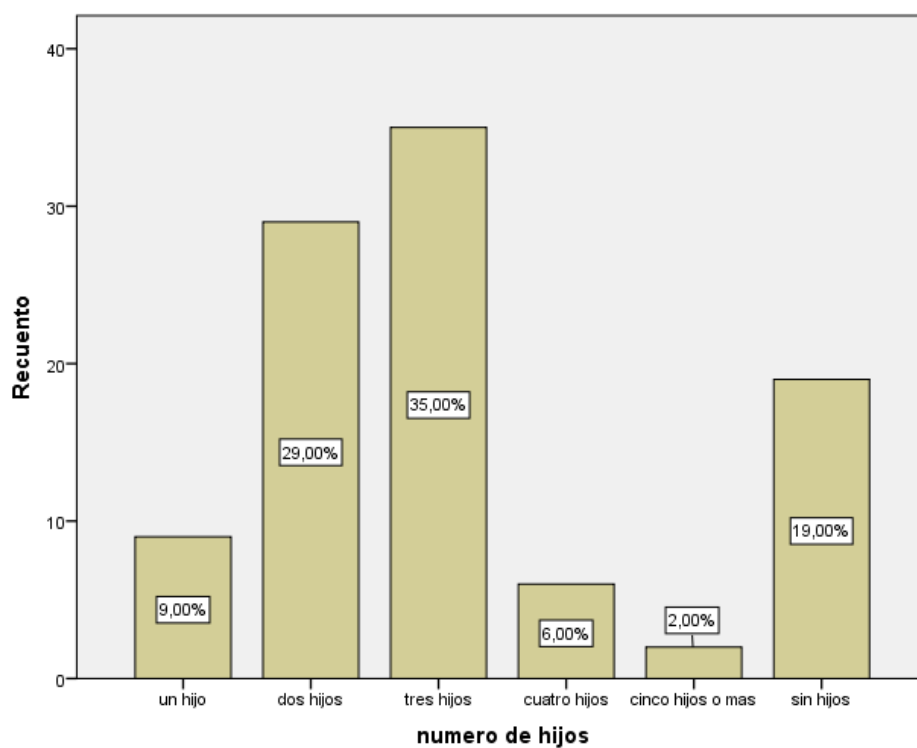


En relación al estado civil, el mayor porcentaje se estableció como casado (con un 54%) seguido de soltero (con un 20%), viudo (con un 17%) y separado/divorciado (con el menor porcentaje correspondiente a un 9%).

Tabla 4. Número de hijos

Número de hijos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	un hijo	9	9,0	9,0	9,0
	dos hijos	29	29,0	29,0	38,0
	tres hijos	35	35,0	35,0	73,0
	cuatro hijos	6	6,0	6,0	79,0
	cinco hijos o mas	2	2,0	2,0	81,0
	sin hijos	19	19,0	19,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Grafico 4. Número de hijos

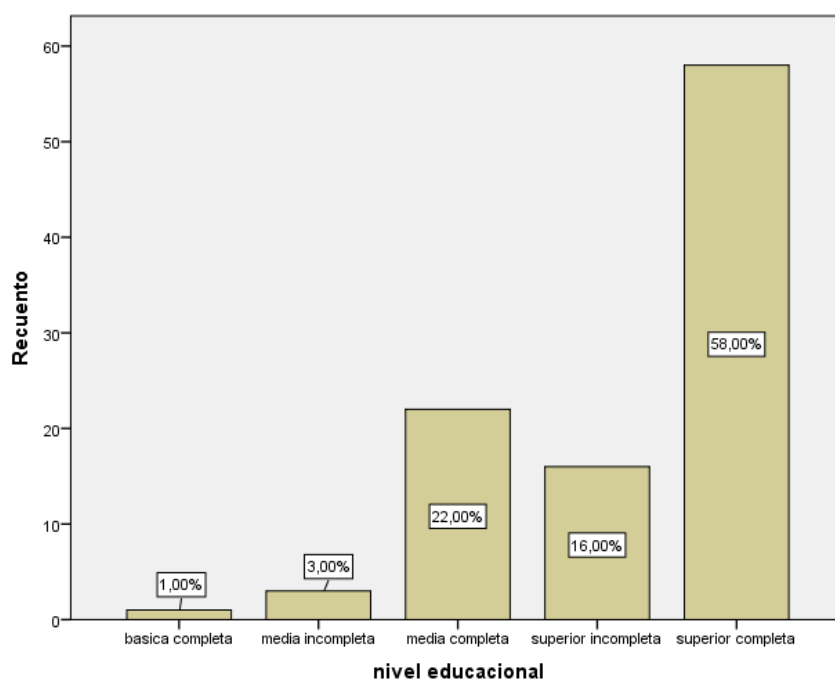


En cuanto al número de hijos, el porcentaje más alto corresponde a los adultos mayores que tiene tres hijos (con un porcentaje de 35%), seguido de las personas que tienen dos hijos (con un 29%), sin hijos (correspondiente a un 19%), para presentarse como los factores con menor porcentaje, con un hijo, cuatro hijos y cinco hijos o más (con un 9%, seguido de un 6% y 2% respectivamente).

Tabla 5. Nivel educacional

		Nivel educacional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	básica completa	1	1,0	1,0	1,0
	media incompleta	3	3,0	3,0	4,0
	media completa	22	22,0	22,0	26,0
	superior incompleta	16	16,0	16,0	42,0
	superior completa	58	58,0	58,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Grafico 5. Nivel educacional

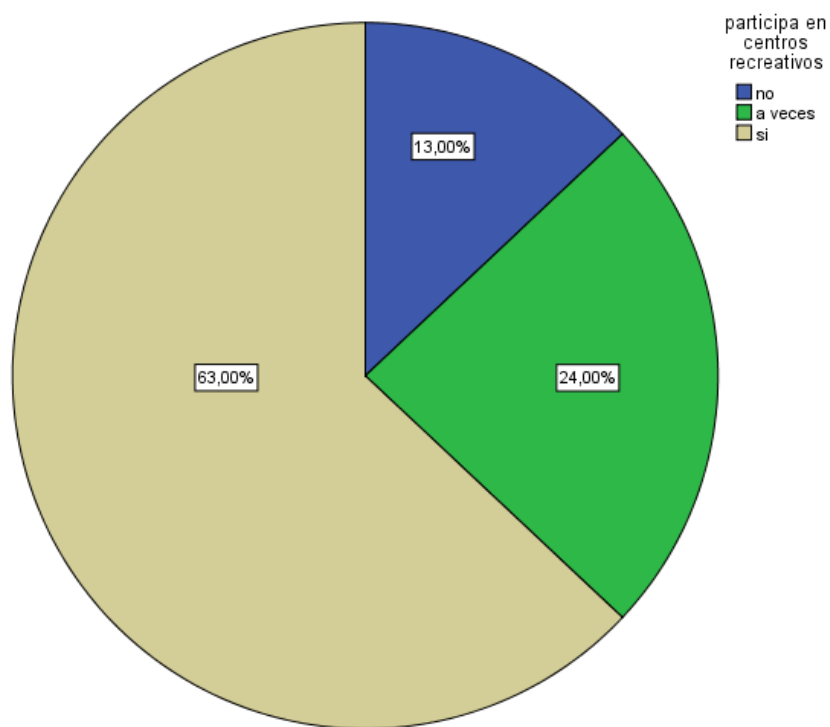


En cuanto al nivel educacional, se presentó un alto porcentaje de nivel educacional superior completa, representado con un 58% de la población, siendo los menores porcentajes, Media incompleta y básica completa (con un 3% y 1% respectivamente).

Tabla 6. Participa en centros recreativos

Participa en centros recreativos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	13	13,0	13,0	13,0
	a veces	24	24,0	24,0	37,0
	si	63	63,0	63,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Grafico 6. Participa en centros recreativos

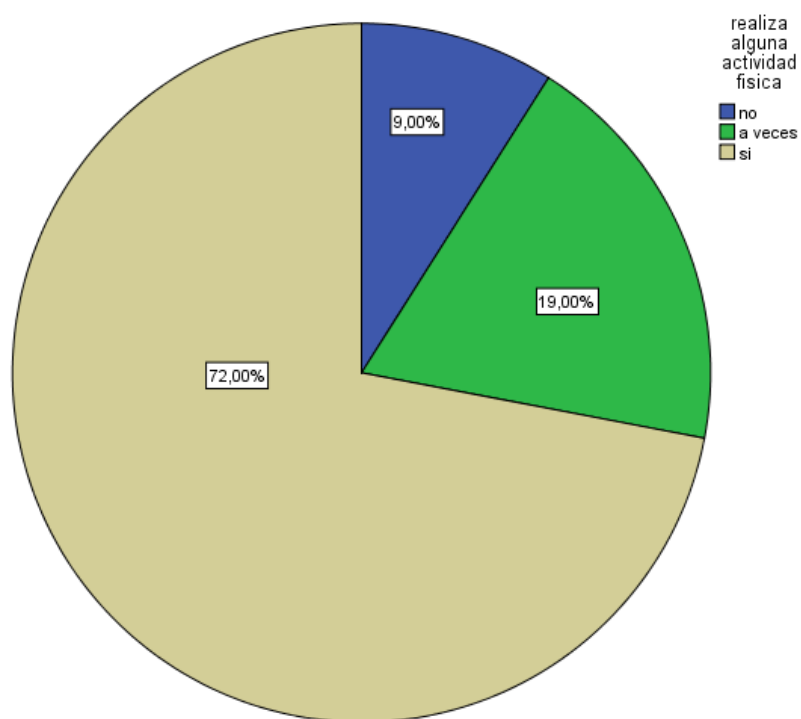


Otros dos factores, que corresponden a la participación en los centros recreativos, y si realiza alguna actividad física, mostraron que los adultos mayores participantes en esta muestra, indican una iniciativa ya sea para participar en centros recreativos (con un porcentaje de 63%) o realizar una actividad física (con un 72%).

Tabla 7. Realiza alguna actividad física

Realiza alguna actividad física					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	9	9,0	9,0	9,0
	a veces	19	19,0	19,0	28,0
	si	72	72,0	72,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Grafico 7. Realiza alguna actividad física

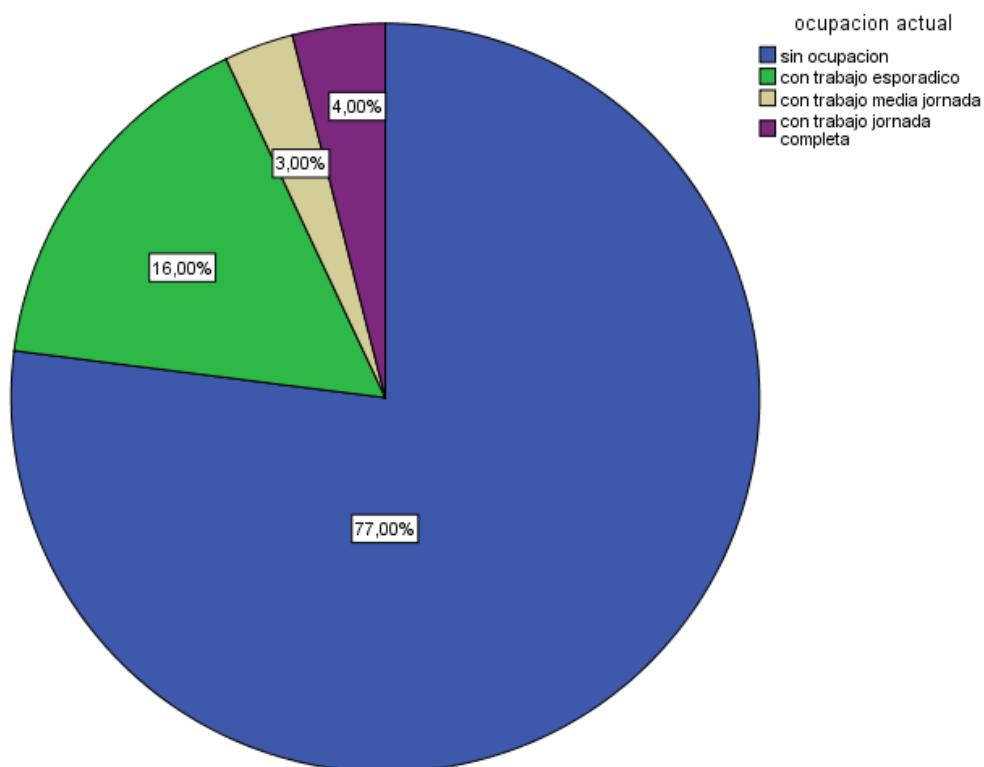


De acuerdo con la ocupación actual, un 77% declaro estar sin ocupación, mientras que los porcentajes más bajos se establecieron como con trabajo media jornada y con trabajo de jornada completa (con un 3% y 4% respectivamente).

Tabla 8. Ocupación actual

Ocupación actual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin ocupación	77	77,0	77,0	77,0
	con trabajo esporádico	16	16,0	16,0	93,0
	con trabajo media jornada	3	3,0	3,0	96,0
	con trabajo jornada completa	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Grafico 8. Ocupación actual

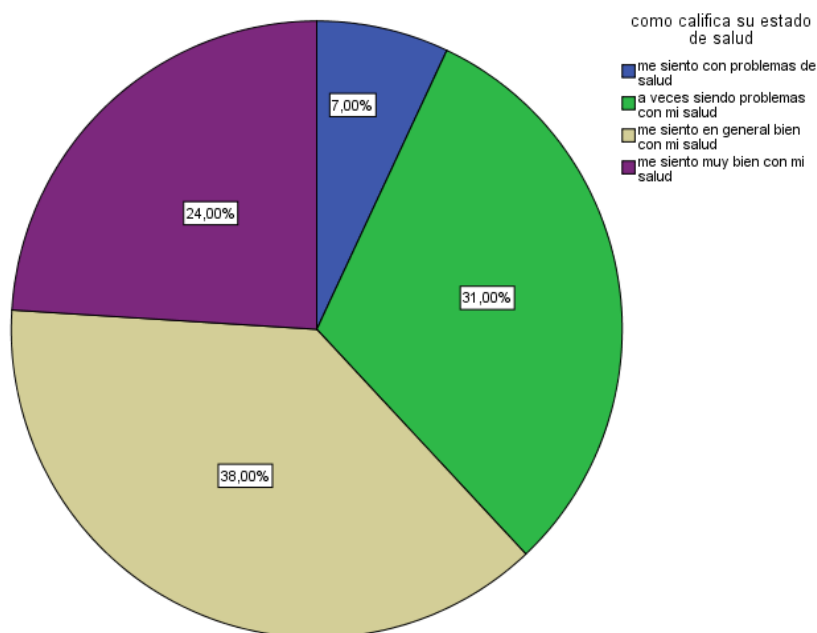


Referente al estado de salud, los adultos mayores de esta muestra la califican como generalmente, con buena salud (con un 38%), seguido de a veces siento problemas de salud (con un 31%) siendo estas las brechas más altas.

Tabla 9. Como califica su estado de salud

Como califica su estado de salud		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	me siento con problemas de salud	7	7,0	7,0	7,0
	a veces siendo problemas con mi salud	31	31,0	31,0	38,0
	me siento en general bien con mi salud	38	38,0	38,0	76,0
	me siento muy bien con mi salud	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Grafico 9. Como califica su estado de salud



De acuerdo con el objetivo N° 1

Tabla 10.

		Estadísticos			
		optimismo	apoyo social	autonomía	bienestar subjetivo
N	Válido	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0
Media		28,80	38,42	42,38	20,71
Desviación estándar		3,819	6,963	4,870	3,379
Mínimo		19	20	11	7
Máximo		35	48	44	25

De acuerdo a la tabla 10, se puede describir en la primera variable correspondiente a optimismo, que ésta presentó una media de 38,42, lo que indica que las personas participantes de esta muestra presentan un nivel de optimismo adecuado, esto quiere decir que existe en esta población una tendencia a visualizar las cosas en un aspecto más favorable. Siguiendo por la segunda variable correspondiente a apoyo social, esta se presenta arrojando una media de 38,42, por lo que indica que en general estas personas son sujetos que están y se sienten apoyados por otros en la cotidianidad. La tercera variable corresponde a autonomía, en cuanto a esto y basándonos en la media que dio como resultado un 42,4, se puede interpretar que estas personas tienen un nivel de autonomía significativa, entendiéndose esto como, que pueden obrar con independencia en su toma de decisiones y autogestión personal, cabe destacar que esta variable se presenta como un indicador significativo en cuanto al bienestar y la calidad de vida en el adulto mayor, ya que, en cuanto a dicho objetivo, este se presenta con el

puntaje más alto de acuerdo a la presente investigación. De acuerdo a los puntajes obtenidos en cuanto al bienestar subjetivo, ésta obtuvo una media de 20,7, indicando que tienen un nivel adecuado referente a esta última variable y de acuerdo a la muestra ya antes mencionada.

De acuerdo al objetivo n°2

Según los datos obtenidos, se puede concluir que existe una correlación significativa entre el variable bienestar subjetivo y las variables optimismo y apoyo social, mostrándose una relación directa entre éstas, es decir, si es que aumenta la variable de bienestar subjetivo, aumenta la variable optimismo, ocurriendo lo mismo con la variable apoyo social. Indicándonos que existe una asociación entre estas variables ya mencionadas anteriormente (la correlación presentada es de 0,44 ** entre la variable bienestar subjetivo y apoyo social, y un 0,48** entre Bienestar subjetivo y optimismo).

Tabla 11.

	Apoyo social	Optimismo
Bienestar Subjetivo	0,44**	0,48**
** p< 0,01		

La correlación es significativa en el nivel 0,01

En cuanto a la variable autonomía cabe destacar que, en relación al bienestar subjetivo, con respecto a la correlación de estas dos variables, la presente investigación arrojó un resultado inverso, es decir, que, si la variable de bienestar subjetivo aumenta, la variable autonomía disminuye y así a la inversa (teniendo ésta una correlación de -0,037 en autonomía, presentándose de la misma forma con una correlación muy disminuida entre estas dos variables).

En relación a la hipótesis de este objetivo, se puede inferir primeramente que las variables de optimismo y apoyo social, efectivamente tienen un impacto en la variable bienestar subjetivo, es decir, que, a mayor optimismo, mayor bienestar subjetivo, y que, a mayor apoyo social, mayor bienestar subjetivo, sin embargo, con la variable autonomía, ésta no tuvo el mismo efecto en la variable bienestar subjetivo, por consiguiente, esta parte de la hipótesis queda nula.

Objetivo n°3

Tabla 12

ANOVA ^a						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<1	Regresión	316,067	2	158,033	18,820	,000 ^b
	Residuo	814,523	97	8,397		
	Total	1130,590	99			

a. Variable dependiente: bienestar subjetivo

b. Predictores: (Constante), apoyo social, optimismo

Como primer punto a determinar en cuanto a este objetivo, es que cabe destacar que según estos resultados se puede determinar que este modelo se presenta como estadísticamente significativo, (de acuerdo a la anova de un factor, $p < ,000$).

Tabla 13.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,531 ^a	,282	,259	2,909

a. Predictores: (Constante), autonomía, apoyo social, optimismo

De la misma manera se indica que el presente modelo, con tres predictores explican el 26% de la varianza, de la variable denominada como bienestar subjetivo. Para analizar si es que pudiese existir un aumento de este porcentaje, se decidió para este estudio eliminar la variable autonomía debido a que ésta variable se presentaba como estadísticamente no significativa, a diferencia de las otras dos variables.

Tabla 14.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,529 ^a	,280	,265	2,898

a. Predictores: (Constante), apoyo social, optimismo

Conforme a la solución final, se pudo identificar que, de acuerdo al modelo, estas dos variables (apoyo social y optimismo), explican un 27% de la varianza, siendo las variables que predicen el bienestar subjetivo, las denominadas como apoyo social con un 0,34, seguida del optimismo con un 0,27.

Tabla 15.

Coeficientes					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 (Constante)	7,093	2,283		3,107	,002
Optimismo	,300	,089	,339	3,371	,001
apoyo social	,129	,049	,267	2,652	,009

a. Variable dependiente: bienestar subjetivo

Referente a la hipótesis relacionada con este objetivo, efectivamente las variables de optimismo y apoyo social, predicen un mayor bienestar subjetivo. Por el contrario, a estas dos variables, la variable autonomía no predice un bienestar subjetivo, siendo este el motivo por el que se eliminó dicha variable, ya que no se presentaba como significativa dentro de este objetivo, en cuanto a esta investigación (presentando un resultado correspondiente a un $-0,047$).

CAPITULO V. CONCLUSIONES

5.1 Discusiones

De acuerdo al análisis, en cuanto los resultados adquiridos de la presente investigación, se puede examinar lo siguiente.

En cuanto al primer objetivo se examinó que los adultos mayores participantes de la presente muestra presentaron una inclinación hacia la presencia de optimismo esto quiere decir, una tendencia en estas personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas y como una expectativa generalizada de resultados positivos (Carver & Scheier, 2002). Relacionando este resultado, se presentó un estudio con personas entre 18 y 66 años, que arrojó que las personas que se relacionaban con un buen optimismo, presentaban un mejor ajuste psicológico, muestran mayor satisfacción con la vida, experimentan más emociones positivas y menos negativas y, además, informan de mayor satisfacción en algunas áreas de su vida, como la pareja y salud.

En cuanto al apoyo social la muestra dio como resultado, que estos adultos mayores se sentían apoyados en cuanto a su entorno entendiéndose esto como un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida (Aguerre & Bouffard, 2008; Fernández, Clúa, Báez & Ramírez, 2000). En cuanto a la variable autonomía esta se presentó con el puntaje más elevado, pudiendo ser una determinante sobre a este resultado, el tipo de muestra que se presentó para

este estudio ya que esta corresponde a adultos mayores que se caracterizan por presentar un rango etario más bien bajo en cuanto al rango total presentada por la muestra entendida como adulto mayor (siendo esta mayoría distinguida como el rango entre 60 a 75 años), entendiéndose esta característica dado a que este tipo de muestra recién se está insertando a esta etapa vital, pudiendo mostrarse de una manera más activa en relación a su ambiente, en comparación con los rangos más altos que esta etapa presenta, esto quiere decir que los cambios físicos que estas personas puedan presentar, se visualizan de una manera más menguada o disminuida en comparación con los rangos de edad más elevados.

En cuanto al Bienestar subjetivo, al presentar un resultado adecuado en base a esta variable, se da a interpretar que estas personas se pueden asociar con un envejecimiento más saludable (García, 1997), siendo un indicador de la salud mental (Kozma, 1991 cit. en Anguas, 1997) y siendo considerado como sinónimo de felicidad, fortaleza del ego, ajuste e integración social (Veerhoven, 1991, cit. en Anguas, 1997). Además, se asocia negativamente con síntomas depresivos y se relaciona con ausencia de enfermedades (Martínez y García, 1994).

En cuanto al objetivo dos, hay que destacar dos análisis, el primero tiene que ver con la correlación significativa que se presentó en cuanto a las variables Bienestar subjetivo, Optimismo y Apoyo social, atendándose de esta manera en que si existió una tendencia hacia la relación entre estas tres variables ya antes descritas. Una investigación acerca del bienestar psicológico en adultos mayores, reportó que el optimismo es un predictor del bienestar psicológico. Adicionalmente, el apoyo social percibido actúa como mediador de la relación entre el optimismo y

el bienestar subjetivo (Ferguson y Goodwin, 2010). Por otra parte, el optimismo ha sido identificado como moderador de la relación entre el estrés psicológico y la sintomatología depresiva (Márquez-González, Baltar, Puente, y Romero-Moreno, 2009; Vera-Villarreal, Pavez, y Silva, 2012).

De la misma manera se presentaron en los resultados de este objetivo, que la variable Autonomía obtuvo una correlación inversa en cuanto a la variable Bienestar subjetivo queriendo esto decir, que si aumenta una, disminuye la otra, por lo que se presume que uno de los factores que pueda interceder en los resultados de esta investigación tiene que ver con el tipo particular de muestra que se presenta en este estudio, especificándose esto en el género (alto porcentaje de mujeres, en cuanto a los hombres), otra probable causa de este resultado tiene que ver con nivel de escolaridad presente en la muestra, puesto que existe un porcentaje elevado, en su educación superior completa, que puede determinar un eminente autonomía, y por ultimo pueden influir otros dos factores, siendo estos la alta participación que tienen en cuanto a actividades físicas, y el género que está anteriormente descrito.

En relación al objetivo 3, como se había descrito anteriormente existe un efecto de las variables, optimismo y apoyo social frente a la variable bienestar subjetivo. En base a esto existe un estudio español que presenta una correlación significativa entre estas variables ya antes descritas, señala que, si se analiza el efecto conjunto del optimismo y del apoyo social en el bienestar se observa que las personas con alto optimismo y alto apoyo muestran más emociones positivas, mayor satisfacción con el ocio y con la vida, menos emociones negativas, menor depresión y menor sensibilidad interpersonal que las personas optimistas con escaso apoyo social.

Cabe destacar que en este objetivo existió también un resultado inesperado, en cuanto a la autonomía, ya que, dicha variable no presentó un efecto en la variable bienestar subjetivo, pudiendo hipotetizar que es debido al alto nivel que se presentó en la variable autonomía, pudiendo ser vista referente a lo antes dicho, como una variable independiente al igual que la variable bienestar subjetivo o pudiéndose entender de la misma manera, en base a las particularidades de la muestra descrita anteriormente.

5.2 Conclusiones

La mirada de este estudio va centrada exclusivamente a la población de AM que se encuentran en su última etapa del ciclo vital, ya que, no es novedad que los adultos mayores a medida que concurren los años, son cada vez más longevos, debido a varios factores, como los avances en la salud, la baja natalidad, entre otros. También existen muchas investigaciones relacionadas, netamente con aspectos negativos del AM, ligadas a enfermedades físicas, biológicas o neurológicas, no visualizando los aspectos positivos que pueden existir en estos AM, para poder fomentar el bienestar o calidad de vida, y poder invisibilizar las problemáticas de las enfermedades y el sesgo de un AM aquejado.

Es por esto que se ha decidido enfocar la mirada en la teoría gerontológica crítica, la cual destaca principalmente de comprender y entender la importancia del envejecimiento de la población y su impacto social, cultural, y económico, ya que la vejez además de su dimensión biológica, también tiene implicancias sociales y culturales, que demandan muchas investigaciones. Entonces en definitiva es dar a conocer el envejecimiento como un fenómeno cultural y no tan solo como consecuencia biológica, pudiendo visualizar al adulto mayor como un integrante importante dentro del sistema familiar.

A consecuencia de esto ésta investigación enfocada principalmente en los factores protectores de los Adultos mayores, los que fueron mencionados durante este estudio, refiriéndose las variables, optimismo, apoyo social, autonomía,

siendo éstos unos supuestos predictores para el bienestar subjetivo en los AM. De la misma manera, poder dar datos y evidencia concreta y atingente, si efectivamente, las hipótesis planteadas tienen directa relación con la variable bienestar subjetivo.

En relación a los resultados arrojados en este estudio, se concluye que existen dos de las tres variables, que predicen e influyen en el bienestar subjetivo, siendo éstas el optimismo y apoyo social, en cuanto a la tercera variable que es autonomía, para ésta investigación se observó una alta significativa en los AM, pero que no condiciona, ni predice el bienestar subjetivo (sólo para esta investigación), sino que se ve como una variable totalmente independiente a comparación al optimismo y apoyo social, se debe tener en consideración que este resultado puede deberse a la limitación de nuestra muestra, ya que son AM, afiliados y por lo que generalmente, son personas autosuficientes, por lo que podría deberse el puntaje significativo arrojado.

Y finalmente, y lo relevante de esta investigación más allá de lo investigado es la revaloración y el re significación del AM, es darle otra mirada a la vejez, desde otra perspectiva, y no como sinónimo de enfermedad, o de personas que no son autovalentes, sino que, a través de esta evidencia, se pueda conocer la importancia, que tiene el apoyo hacia los AM, ya sea, de sus familiares, amigos, hasta algún conocido. También el impacto que tiene el optimismo, en la calidad de vida de éstos. Poder mirar la vejez con respeto y con sobreestimación de sus potencialidades.

5.3 Proyecciones

En relación a los resultados obtenidos y a las discusiones y análisis de esta investigación, podrían ser relevantes indagar en algunos aspectos como:

Realizar un estudio con las mismas variables, pero en una población de adulto mayor de género masculino, para determinar si, los resultados tienen semejanza con la presente investigación.

Otra investigación posible sería, examinar si con un nivel educacional más diverso, o con personas no afiliadas a una caja de compensación se modifican los resultados obtenidos en relación a la variable autonomía en el adulto mayor. De la misma manera sería relevante, enfocarse en un rango etario más elevado del que se utilizó en esta investigación, para analizar si existe algún cambio en el nivel de autonomía en el adulto mayor.

Referencias bibliográficas

- Acuña-Gurrola, Gonzáles-Celis-Rangel (2010). Auto eficacia y red de apoyo social en adultos mayores
- Abusleme M., Arenas A., Busquets., P (2016). *Autonomía de las personas mayores y políticas internacionales para su inserción laboral*. Extraído de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5919071>
- Acuña M., González A., (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. Extraído de la web: <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720007.pdf>
- Aranibar, P. (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile, CEPAL.
- Aranda C, Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social Instituto de investigación en salud ocupacional, departamento de salud pública, Universidad de Guadalajara, México.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibarraran, P., & Nadin, M. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en America Latina y el Caribe*.
- Arechabala C, Miranda C. (2002) Validación de una escala de Apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región Metropolitana
- Asociación de Municipalidades de Chile. (2017). *Los adultos mayores en las comunas de Chile: actualidad y proyecciones*.
- Bisquerra, R. (2000). Educación emocional y bienestar. Barcelona: Praxis.

- Báez Gonzales C; Aqueveque F. Perez Palavecino L. Vázques Vega (2014). Apoyo social percibido relacionado con rendimiento académico en estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío, Chillán.
- Castro, A., Lupano , M. (2010). Psicología Positiva; Análisis desde su surgimiento. Prensa medica latinoamericana.
- Cuadra H., Florenzano R., (2003). *El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva.* Extraído de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33396954/iemocional_6_copia.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1525705864&Signature=ALbpCgaRdabXFspCw%2Bw8tT%2F9HCw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRedalyc.El+Bienestar+Subjetivo+Hacia+un.pdf
- Castellano C., (2014). *La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos.* Extraído de: <http://www.redalyc.org/html/560/56032544004/>
- Cepal. (20 de junio de 2018). *Cepal.* Obtenido de <https://www.cepal.org>
- Cepal. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe.*
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R. Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar subjetivo psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577

- Faúndez, (2016) Adaptación de Life Orientation Test Versión Revisada (Lot-r)
- García-Viniegras, C. R., & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. Revista cubana medica gen. Integral.
- Guerrero M., Galván G., Vásquez F., (2015). *Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad.* Extraído de: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1403>
- Guzman M., Maragaño N., Rojas M., Tordoya P., (2015). *Apego romántico y optimismo en adultos Chilenos.* Extraído de la web: <http://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/viewFile/957/763>
- Gerry Velasco (2016). Psicología positiva: El modelo de Bienestar de Carol Ryff
- García-Alandete y Perez Delgadon (2005). Actitudes religiosas y valores en un grupo de jóvenes universitarios españoles.
- Herrera S, (2014) Validación de un test breve para el diagnóstico de capacidad funcional en adultos mayores en Chile.
- Ibáñez (2017) Adultos mayores: un activo para Chile; Estudio sobre adultos mayores aborda empleabilidad y movilidad como áreas clave para su bienestar.
- Jiménez Lara, (2002). Hacia un sistema Nacional de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE del 15.12.2006). Extraído el 12 de febrero de 2010
- Mesa, M., & Paula, P. (2011). *Funcionalidad del Adulto Mayor que asiste a servicio de atención primaria de la comuna de Melipilla*.
- MINSAL (2008), Dependencia de los adultos mayores en Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *ADULTOS MAYORES, Síntesis de resultados*.
- Muñoz M. (2017). ¿Qué es bienestar subjetivo? El modelo de Carol Ryff
- Novoa C., Barra E., (2015). *Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios*. Extraído de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082015000300007&script=sci_arttext&tlng=en
- Organización Mundial de la salud (2015), Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- Ortiz M. Gómez D, (2016) Validación de la versión.
- Osorio Parraguez, P., Torrejón, M., & Anigstein, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad*, (24), 61-75
- Oyandel J., Alfaro J., Mella C., (2014). *Bienestar Subjetivo y calidad de vida en la infancia en Chile*. Extraído de: <http://www.redalyc.org/html/773/77338632017/>
- Ocaña M., Toronjo A., Rodríguez C., Rodríguez J., (2006). *Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados*. Extraído de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-

[928X2006000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100002)

- Osorio O., Torrejon M., Anigstein M (2011). *Calidad de vida en personas mayores en Chile*. Extraído de: <http://www.redalyc.org/html/3112/311226215004/>
- Ortiz, M., Pérez, D., Cancino, M., & Herrera, A. (2016). *Validación de la versión en Español de la Escala de Optimismo Disposicional (LOT-R) en una muestra Chilena de estudiantes*.
- Papalia, Olds y Feldman (2009). *Desarrollo Humano*.
- Papalia, Sterns, Feldman y Camp, (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*.
- PFAQ 17. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontology* 1982; 37: 323-9. validacion autonomía.
- Politicaspublicas.uc (2017). Estudio sobre adultos mayores aborda empleabilidad y movilidad como áreas claves para su bienestar.
- Quiroga P, Albala C, Klaasen G (2004), Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a la edad en Chile
- Ryff, (1997). Crecimiento positivo; Modelo de Bienestar psicológico de Ryff
- Rosa-Rodriguez Y.(2015) Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios.
- Ramírez E., Ortega A., Martos Rafael., (2015). *Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar*. Extraído de: <file:///C:/Users/177543632/Downloads/DialnetLasFortalezasEnPersonasMayoresComoFactorQueAumenta-5388779.pdf>

- Sheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W: (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67,1063-1078.
- SENAMA (2011), Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile. San Román X., Toffoletto María., Oyandel J., Vargas S., Reynaldos K., (2015). *Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores*. Extraído de: <https://unab.pure.elsevier.com/en/publications/factores-asociados-al-bienestar-subjetivo-en-los-adultos-mayores>
- SENAMA (2009), Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, autores varios.
- SENAMA; Ministerio de Desarrollo Social. Chile guía prevención del maltrato a las personas mayores. Santiago, Chile, SENAMA, 2012.16 p.
- Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). *Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud* .
- Soberanes, S., Gonzales, A., & Moreno, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*.
- Soberanes, S., González, A., & Moreno, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* .
- Súper intendencia de salud (2008). Dependencia de los adultos mayores en Chile
- Sternik, M. (2010). *experiencia, Una mirada cotidiana desde la Psicología Positiva en un grupo de adultos mayores: relato de una.*

- Trujillo S., (2004). Agenciamiento individual y condiciones de vida. Extraído de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S165792672005000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Revista anuario de Psicología Clínica y de la salud
- Vera-Villarroel, Córdova- Rubio, Celis-Atenas (2008). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar de Life Orientation Test versión revisada (lot-r) en población chilena
- Vera-Villarroel, Pávez & Silva (2012). El rol predisponente del Optimismo: hacia un modelo Etiológico del Bienestar.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Terapia psicológica.
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Revista anuario de Psicología Clínica y de la Salud.
- Vivaldi F., Barra E., (2010). *Bienestar Psicológico percibido y percepción de salud en adultos mayores.* Extraído de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071848082012000200002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Zubieta E., Delfino G., (2010). *Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires.*

Extraído de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185116862010000100027&script=sci_arttext&lng=e

Anexos

Consentimiento Informado

Estimado/a voluntario/a, los invitamos a participar de esta investigación por parte de las estudiantes Nicole Illanes C, Rut 17.793.447-k y Andrea Valdebenito T, Rut 17.754.363-2 cuyo propósito es medir la satisfacción con la vida de parte de adultos mayores, su colaboración consistirá en tener que responder estas cuatro escalas que serán presentadas a continuación, con una duración estimada de 15 minutos , su colaboración es voluntaria destacando que no hay algún riesgo asociado a participar y si en algún momento del desarrollo de este estudio desea renunciar, cualquiera sea el motivo tendrá libre elección para poder abandonar el proceso cuando estime conveniente.

Cabe destacar que si desea contar con un breve informe que contenga sus resultados, se le solicitará que ingrese sus datos en este documento para posteriormente, entregar la devolución de su prueba.

Podemos asegurar que toda la información que se entregue o que arroje esta investigación será resguardada y utilizada sólo para fines académicos y estos datos se manejaran de forma únicamente confidencial sin la implicancia de una remuneración económica.

Gracias por su colaboración

Firma de voluntario/a

Nombre: Rut:

Ficha Sociodemográfica

1.-Sexo. ☐ Hombre ☐ Mujer	2.-Edad. ☐ De 60 a 75 años ☐ De 76 a 85 años ☐ De 86 y más años	3.-Estado Civil. ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado/divorciado ☐ Viudo
--	---	--

4.- Número de hijo(a)s. ☐ 1 hijo(a) ☐ 2 hijo(a)s ☐ 3 hijo(a)s ☐ 4 hijo(a)s ☐ 5 hijo(a)s o más ☐ Sin hijos	5.- Nivel Educacional. ☐ Ninguna ☐ Básica incompleta ☐ Básica completa ☐ Media incompleta ☐ Media completa ☐ Superior incompleta ☐ Superior completa	6.- Participa en centros recreativos. ☐ No ☐ A veces ☐ Si
--	--	---

7.- realiza alguna actividad física. ☐ No ☐ A veces ☐ Si	8.- Ocupación actual. ☐ Sin Ocupación ☐ Con trabajo esporádico ☐ Con trabajo media jornada ☐ Con trabajo jornada completa	9.- Cómo califica su estado de salud. ☐ Me siento con problemas de salud ☐ A veces siento problemas con mi salud ☐ Me siento en general bien con mi salud ☐ Me siento muy bien con mi salud
--	--	--

Test de Apoyo social percibido

Instrucciones: A continuación, se presentarán una serie de afirmaciones, por favor conteste cada una de ellas indicando el grado en que esté de acuerdo con la siguiente escala.

Casi siempre: 1

A veces: 2

Con frecuencia: 3

Casi siempre: 4

Se solicita ser lo más honesto posible en todas las respuestas y no dejar que las respuestas influyan en otras, no hay respuestas correctas o incorrectas.

	1	2	3	4
1.-Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2.-Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar				
3.-Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
4.-Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
5.-Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				
6.-Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.				
7.-Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
8.-Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9.-Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.				
10.-Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.				
11.-Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
12.-Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.				

Test de Optimismo

Instrucciones: A continuación, se presentarán una serie de afirmaciones, por favor conteste cada una de ellas indicando el grado en que esté de acuerdo con la siguiente escala.

Muy en desacuerdo: 1

Desacuerdo: 2

A veces: 3

De acuerdo: 4

Muy de acuerdo: 5

Se solicita ser lo más honesto posible en todas las respuestas y no dejar que las respuestas influyan en otras, no hay respuestas correctas o incorrectas.

	1	2	3	4	5
1.- En tiempos difíciles suelo esperar lo mejor.					
2.- Me resulta fácil relajarme.					
3.-Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro que me pasara.					
4.-Siempre soy optimista en cuanto al futuro.					
5.-Disfruto mucho de mis amistades.					
6.-Para mí es importante estar siempre ocupado/a					
7.-Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera.					
8.-No me disgusto fácilmente.					
9.-Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas.					
10.-En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.					

Test de Autonomía

Instrucciones: A continuación, se presentarán una serie de preguntas, por favor conteste cada una de ellas indicando el grado en que esté de acuerdo con la siguiente escala.

Puedo o podría hacerlo solo: 4

Puedo hacerlo solo, pero con dificultad: 3

Puedo hacerlo con la ayuda de otra persona: 2

No puedo hacerlo, otra persona debe hacerlo por mí: 1

Se solicita ser lo más honesto posible en todas las respuestas y no dejar que las respuestas influyan en otras, no hay respuestas correctas o incorrectas.

	1	2	3	4
1.- ¿Maneja su propio dinero?				
2.- ¿Puede hacerlo solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?				
3.- ¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego?				
4.- ¿Puede hacer solo/a la comida?				
5.- Mantenerse al tanto de los acontecimientos				
6.- ¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?				
7.- ¿Recuerda sus compromisos con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversario), los días festivos?				
8.- ¿Es capaz de manejar su propia medicación?				
9.- ¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?				
10.- ¿Saluda apropiadamente a sus amistades?				
11.- ¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?				

Test de satisfacción con la vida

Instrucciones: A continuación, se presentarán una serie de afirmaciones, por favor conteste cada una de ellas indicando el grado en que esté de acuerdo con la siguiente escala.

Muy en desacuerdo: 1

Desacuerdo: 2

A veces: 3

De acuerdo: 4

Muy de acuerdo: 5

Se solicita ser lo más honesto posible en todas las respuestas y no dejar que las respuestas influyan en otras, no hay respuestas correctas o incorrectas.

	1	2	3	4	5
1.-En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal.					
2.-Las condiciones de mi vida son excelentes.					
3.-Estoy satisfecho/a con mi vida.					
4.-Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.					
5.- Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.					