

**“MODOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADOS POR
PERSONAS MAYORES EN CONTEXTO DE AISLAMIENTO
FÍSICO PRODUCTO DE LA PANDEMIA DE SARS-COV-2”**

Memoria para optar al título de psicóloga

Licenciada

Mariana Paz Viollo Hernández

Profesora Patrocinante:

Daniela Cecilia Thumala Dockendorff

Agosto, 2022

Santiago, Chile.

Agradecimientos

Quiero partir agradeciendo a las y los docentes, quienes aportaron en mi desarrollo educativo y profesional más allá de lo teórico. Quienes creyeron en mi para ser ayudante, ser parte de proyectos y procesos, a Daniela Thumala, Paula Flores y Mauricio López. También agradecer a Ítalo, quien me ayudó en la ardua tarea de reaprender estadística y programación, para poder llevar a cabo esta investigación, y por supuesto a Anne Peters y Michèle Demanet, por facilitarme las entrevistas recopiladas por GERO.

Quiero agradecerles a mis papás, mi hermano, mis tatas y mis hermanos putativos por su apoyo incondicional a todo lo que hago, por apoyarme en cada proceso y darme grandes valores, por alentarme a que siempre puedo dar un poco más y conquistar el mundo. También, hacer una especial mención a mi nana y mi abuelita quienes, estoy segura, les hubiese encantado estar junto a mí en este momento tan importante, pero sé que me acompañan y sonrían cada día.

Quiero dar un par de palabras a las tremendas mujeres con quienes he compartido y he ido conquistando la vida, mis grandes amigas, “las del Liceo” y “las de la U”, quienes, a pesar de las distancias, los contextos y las vicisitudes de la vida adulta, siempre han tenido una palabra y los brazos tendidos en todo momento. Cada una, y juntas, lograremos grandes cosas, no hay duda.

Y, por último, pero no menos importante, a Carlos, mi compañero, quien ha estado al pie del cañón desde el primer día, apañándome y motivándome a siempre seguir. Gracias por no dejarme decaer en momentos difíciles, por escucharme, amarme y ser mi refugio. Gracias por ser parte de cada etapa importante de mi vida y por alentarme a ser siempre la mejor versión de mí.

A todas y todos ustedes, y a quienes se me quedaron en la mente, mis más sinceros agradecimientos. ¡Y ahora a seguir por más!

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. ANTECEDENTES	5
2.1. CONTEXTO SOCIO SANITARIO	5
2.1.1. Pandemia SARS-COV-2	5
2.1.2. Pandemia SARS-COV-2: “Caso Chileno”	6
2.2. ESTRÉS	8
2.2.1. Concepto	8
2.2.2. Pandemia y aislamiento como estresor	11
2.3. CONTEXTO DEMOGRÁFICO	13
2.3.1. Personas mayores, población en aumento	13
2.3.2. Heterogeneidad de la población mayor	14
2.4. BIENESTAR SUBJETIVO	15
2.4.1. Concepto	15
2.4.2. Paradoja de la felicidad	17
2.5. MODOS DE AFRONTAMIENTO	18
2.5.1. Concepto	18
2.5.2. Asimilación y Acomodación	19
2.5.3. Modos de Afrontamiento como uno de los factores que contribuyen a la heterogeneidad de la población mayor	23
3. PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	26
4. MARCO METODOLÓGICO	26
4.1. DISEÑO	26
4.2. PARTICIPANTES	27
4.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
4.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	30
4.5. ANÁLISIS DE DATOS	33
5. RESULTADOS	36
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
6.1. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR SUBJETIVO	42
6.2. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR SUBJETIVO, MEDIADA POR LA EDAD	44
6.3. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO	

Y BIENESTAR SUBJETIVO, MEDIADOS POR AÑOS DE ESCOLARIDAD.....	46
6.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO	
Y BIENESTAR SUBJETIVO, MEDIADOS POR EL SEXO.....	49
7. LIMITACIONES Y PROYECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN	54
8. BIBLIOGRAFÍA.....	57
9. ANEXOS.....	67

1. RESUMEN

La población ha envejecido aceleradamente los últimos años, provocando una serie de cambios sociales. Actualmente, el mundo atraviesa una de las mayores crisis sanitarias, donde el confinamiento y aislamiento físico han sido parte de las medidas tomadas para controlar la expansión del SARS-COV2, generando miedo, incertidumbre y cansancio. Para el siguiente análisis se entrevistaron 135 participantes del “Programa de Acompañamiento y Seguimiento” del Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo [GERO]”, para evaluar la injerencia que tienen los modos de afrontamiento utilizados en el bienestar subjetivo, y si las variables edad, escolaridad y sexo actúan como mediadoras ante estas relaciones. Entre los principales resultados destacan que la utilización de un modo acomodativo y de ambos integradamente, se correlacionan significativamente más con el bienestar subjetivo que aquellos que solo asimilan, es decir, quienes utilizan estos modos reportan mayores niveles de bienestar. En cuanto a la edad y el grado de escolaridad, no se obtuvo información estadísticamente significativa para considerarlas como mediadoras en esta relación, por lo que, bajo esta cohorte, no tendrían injerencia en el bienestar reportado. En cuanto al sexo, se encontraron datos estadísticamente significativos en la triada mujer-asimilación-bienestar, indicando que las mujeres que utilizan un modo asimilativo, presentan menores niveles de bienestar que aquellas mujeres que utilizan otros modos. Mayoritariamente las personas utilizan ambos modos y la acomodación por sí sola para afrontar el contexto.

2. ANTECEDENTES

2.1 CONTEXTO SOCIOSANITARIO

2.1.1 Pandemia SARS-COV-2

En el mes de diciembre del año 2019 se hizo público por la Organización Mundial de la Salud [OMS] una serie de contagios de “neumonía vírica y con causa desconocida” en la ciudad de Wuhan, en la República Popular de China (OMS, 2020). Un mes después (13 de enero 2020) se notificó el primer caso de esta enfermedad en otro país, Tailandia. Antes de finalizar ese mes, ya varios países, entre los cuales destacan Japón, Estados Unidos, países de la Unión Europea y Emiratos Árabes, habían notificado el contagio de los primeros ciudadanos en su territorio, los cuales podrían ser atribuibles a viajes y contacto

con el epicentro sanitario. En esta misma fecha, la OMS informa que el brote cumple con criterios establecidos para ser denominado un Evento de Salud Pública de Importancia Internacional [ESPII], cambiando el rumbo del actuar y las medidas hasta ese entonces aplicadas a nivel mundial, significando que esto, según el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2020) constituye un riesgo para la salud de distintos países, producto de la propagación internacional de una enfermedad. Para evitar la estigmatización de esta población, el 11 de febrero del 2020, se denominó comúnmente como COVID-19, o la utilización de su nombre científico SARS-COV2, dejando atrás las denominaciones cotidianas en la ciudadanía de “El Virus Chino”, de esta forma no se atribuiría a inexactitudes por ubicación geográfica, animales o personas en particular (OMS, 2020).

Desde ese momento organismos nacionales e internacionales, principalmente la OMS, Observatorio de la Psicología en América Latina [OPAL], Organización de Naciones Unidas [ONU] y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos [CDC por sus siglas en inglés], han entregado constantes reportes y lineamientos a las naciones para actuar, combatir e intentar reducir las cifras de contagios y muertes que la enfermedad ha ocasionado (OMS, 2020).

Según el informe emitido por la OMS el 25 de abril del 2021, a esa fecha existían solo 7 países que comunicaron no tener ningún contagio producto del COVID-19, esto pudo deberse a que la mayoría eran pequeñas islas, habiendo podido tomar estrictas medidas de movilidad como los cierres de fronteras, o como se cree en el caso de Corea del Norte, no habían entregado información a la organización (OMS, 2021).

2.1.2 Pandemia SARS-COV-2. Caso Chileno

Al igual que la mayoría de los países, Chile no ha estado ajeno a la propagación del SARS-COV-2. El primer caso detectado en nuestro territorio, e informado vía Cadena Nacional a toda la nación, por el presidente Sebastián Piñera, fue el día 3 de marzo del 2020, dando paso a una serie de medidas gubernamentales, lideradas por el Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], con el fin de buscar la detección y detención de la propagación de los casos en el territorio (2020).

Entre las medidas tomadas por el Estado de Chile se encuentran los cierres progresivos y totales de fronteras, cuarentenas comunales rotatorias, suspensión de clases, cierre de actividades no esenciales, traspaso de trabajo presencial al telemático en aquellas

actividades que podían cumplirse con esta modalidad, limitaciones de algunas libertades individuales, enmarcadas en el Estado de Excepción Constitucional, como el movimiento o reunión y el “Plan Paso a Paso”, que determina fases en las que se encuentra cada comuna y con esto qué actividades están o no permitidas, aforos, entre otras (MINSAL, 2020).

En el primer informe epidemiológico, realizado por el Departamento de Epidemiología de Chile, del MINSAL, emitido el 30 de marzo del 2020, a 27 días del primer contagio notificado en nuestro país, ya se vislumbraba que los grupos de mayor riesgo frente a este brote son aquellas personas con enfermedades preexistentes -especialmente las de gravedad, como obesidad, personas inmunocomprometidas, con diabetes, hipertensión- y las personas mayores, reportando las últimas un 8% del contagio total en este informe. Además, resulta relevante dentro del presente documento, que el primer fallecimiento informado por el Ministro de Salud de ese entonces, Jaime Mañalich, producto del COVID-19, corresponde a una mujer de 82 años, con enfermedades de base (MINSAL, 2020), lo cual nos daría un indicio de lo que estamos enfrentando y cuál es el impacto que esta situación tiene sobre esta población.

Estos antecedentes fueron comunicados a la población, por medios de comunicación, conferencias de prensa y comunicados oficiales, generando, como plantean Pérez, Maza y Fernández (2021) un retroceso en la visión sociopolítica de las personas mayores, pues nuevamente se consideran “viejos, como un ser en riesgo y al que se le indica resguardarse sin dar oportunidad de argumento” (p.2). También plantean que se verían como seres frágiles, incapaces de pensar y decidir, por lo que la solución más óptima sería el encierro y aislamiento de esta población, generando de esta forma la constante sensación y percepción de miedo, tanto a la muerte como a la enfermedad, bajo un “discurso repetido de que pertenecen a un grupo frágil y en peligro” (p.2).

Ante esto, han surgido discursos garantistas, como el de la OMS (2020), de las personas mayores donde, si bien se entiende que deben ser protegidas ante este contexto, no deben ser aisladas, vulneradas, estigmatizadas o limitadas en servicios básicos y vitales, recibiendo el apoyo irrestricto de la comunidad para poder enfrentar esta situación de manera segura (CEPAL, 2020).

Actualmente, si bien las personas mayores siguen siendo población de riesgo ante el contagio, producto de la campaña de vacunación exitosa que se ha dado dentro del territorio, éstas ya no se presentan en su mayoría en los centros UCI y UTI, de clínicas y

hospitales, como pacientes de mayor gravedad (MINSAL, 2021). Esta campaña ha sido muy destacada a nivel internacional, pues a solo un mes y medio aproximado del inicio de ésta, ya se había inoculado a casi 3 millones de personas mayores de 60 años, lo que equivaldría, según las proyecciones para el 2020, dadas por el Instituto Nacional de Estadística después del Censo del 2017, a alrededor de un 89,23% de esta población (INE,2018).

Más recientemente, según el informe del día 07 de Febrero del 2022, emitido por el Departamento de Estadística e Información de Salud [DEIS], del MINSAL, se encuentra un 96,27% de personas mayores (según estimaciones del INE) con esquema completo (dos dosis iniciales de vacuna o dosis única), 88,13% con su dosis de refuerzo (tercera dosis) y 2% con su cuarta dosis, siendo este último un proceso recién iniciado, lo que daría grandes esperanzas para un mayor control de la mortalidad y tratamientos crónicos en esta población (MINSAL, 2022).

Sin embargo, esta población, se ha visto muy afectada en su vida cotidiana, con las consecuencias físicas y psicológicas producto del aislamiento físico, y en algunos casos social, ya que han debido seguir normas más estrictas que el resto de la población para hacerle frente a la pandemia como, por ejemplo, cuarentenas exclusivas para personas mayores, inexistencia de permisos de circulación de desplazamiento en un inicio, brecha tecnológica la cual les hace más compleja la comunicación con seres queridos y dificultades físicas con las que debían lidiar antes de este contexto (Observatorio del Envejecimiento, 2021; Palma et al., 2021).

Uno de los principales fenómenos psicológicos que se ha presentado en pandemia, es el estrés, el cual, en el estudio realizado en este contexto por Naranjo-Hernández, Mayor-Walton y Rivera-García (2021) se puede apreciar que los niveles de estrés percibidos por adultos mayores en esa muestra (100 participantes en Cuba, desde los 60 años) rondan cifras preocupantes, pues el 47% indica que ha “pasado el límite”, mientras que el 23% reporta sentir excesivo estrés, y una cifra no menor del 9% indica demasiado estrés.

2.2 ESTRÉS

2.2.1 Concepto

El estrés es un proceso complejo que ha sido estudiado largamente, y que ha recibido un sinnúmero de definiciones, características y orígenes, por lo que colocar solo

una resultaría una tarea bastante compleja, pues se ha abarcado en las más diversas áreas del saber, como la ingeniería, la medicina, la física, la preparación y entrenamiento militar, entre otras (Lazarus y Folkman, 1986). Pero sí, los distintos autores han llegado a algunas conclusiones similares entre sí, para poder entender un poco más a cabalidad este fenómeno.

En primer lugar, y por la preponderancia que tienen estos autores en la psicología y en el área que involucra los conceptos de estrés y el afrontamiento, se encuentra la visión que poseen Lazarus (2000) y Lazarus y Folkman (1986) sobre esto, quienes tras análisis, entienden el estrés como el resultado que apunta a la relación entre la persona y su entorno, es decir, cuando éste se vuelve amenazante, o es percibido por el sujeto como tal, y provoca un desborde de los recursos que dispone la persona, poniendo en riesgo su bienestar.

Lazarus y Folkman (1986) realizaron un análisis histórico sobre el concepto de estrés, que toma su mayor relevancia en los años 40 y 50, con estudios realizados en la Segunda Guerra Mundial donde, en un inicio se pretendían conocer los efectos de este fenómeno en el rendimiento militar en las tropas Estadounidenses, replicándolo luego en la Guerra de Corea y de Vietnam, provocando así, que el entendimiento del concepto, hasta esa época, fuese simplista, planteándolo como una relación directa, es decir, el estrés sería un fenómeno reactivo ante una situación adversa externa y se relacionaría con un deterioro en el rendimiento, ya sea por un aumento de la tensión o porque se convierte en una distracción (Lazarus y Folkman, 1986).

Posterior a esto, con estudios en 1952 de Lazarus y Erikson (en Lazarus y Folkman, 1986) se “hizo más evidente que existían importantes diferencias individuales a la hora de responder ante el estrés: el rendimiento no aumentaba ni disminuía de forma uniforme” (p.5). De esta forma, estos autores, incorporaron la noción de que no se podía predecir el rendimiento ante un mismo evento estresor, y que para identificarlo era importante involucrar las diferencias individuales y los procesos psicológicos.

En esta concepción más contemporánea del estrés, se agrega que, no es una respuesta automatizada y única ante ciertos eventos definidos, sino que puede entenderse como “el resultado de una transacción entre el individuo y su medio” (Zea, 2012, p.45), la cual tomará significado dependiendo de la propia evaluación y atribución, apareciendo este fenómeno cuando el evento desborde aquellos recursos que poseemos, o creemos poseer (Lazarus y Folkman 1986; Zea, 2012).

Rout y Rout (2002) por otro lado plantean que, el estrés es un fenómeno provocado por eventos que generan tensión o desajuste, a lo cual el individuo responde con cierto patrón de respuestas físicas, emocionales, cognitivas o una mezcla de éstas. Es importante tener en cuenta que todos los seres humanos nos vemos o veremos expuestos a este fenómeno en algún momento de nuestras vidas, por diversos factores contextuales, pero como ya se ha planteado, la respuesta y el abordaje será heterogéneo (Hernández, Ehrenzweig y Navarro, 2009).

Actualmente, una definición más cercana, y que engloba un poco más las previas, es la que entrega el National Institute of Mental Health, perteneciente al National Institute of Health (NIH), de los Estados Unidos, quienes plantean que el estrés es la respuesta física o mental por causa externa, la puede suceder de distintas formas (duración, aparición, contexto, etc.), obligando a actuar para disminuirlo (2022).

La exposición al estrés no se entiende como algo dañino por sí misma, pero sí la exposición extensa e intensa a este fenómeno, puede producir una gama variada de trastornos fisiológicos y alteraciones neurobiológicas, generando problemas en la salud mental, como, por ejemplo, cuadros de Trastorno Depresivo Mayor o cuadros ansiógenos (Cirulli et. al 2015), además de producirse un agotamiento de la energía, la resistencia y las respuestas ante estos estresores, dejando al individuo, y su organismo en general, vulnerable ante futuras situaciones, sean o no derivadas del contexto inicial (Arden, 2002; Rodríguez, Roque y Molerio, 2002).

Si bien, no todo evento es catalogado como estresor, o estresante y no todas las personas lo percibirán como tal o de la misma forma e intensidad, si se puede hablar de ciertas características en común para que un evento sea percibido y entendido como uno. Pueden ser eventos vitales, que generen un cambio y una tensión, o incluso una desestabilización (Hernández, et al. 2009) o como plantea Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2013) es una demanda física, o psicológica, que se considera extraordinaria, generando que el sistema completo esté en un estado ansioso y de alerta (o hiperalerta). Esto podría ser provocado por factores externos o internos que desestabilizan el equilibrio cotidiano del organismo.

Es importante que podamos diferenciar que muchos acontecimientos de la vida normal no representan por sí solos una crisis, sino no más bien, estos son producidos de acuerdo con el momento y contexto en el que se presentan y la forma en la cual somos capaces de

hacerle frente, tales como cambios en la rutina planeada o situaciones difíciles a las cuales se está predispuesto, siempre teniendo en cuenta las diferencias individuales de cada persona (Neugarten, 1968, 1977 y 1979; Neugarten, Morote y Lowe, 1968, citado en Clemente, Tartaglino y Stefani, 2009).

2.2.2 Pandemia y aislamiento físico como estresor

Para comprender qué tipo de eventos pueden ser catalogados como estresantes, cuando desborden los recursos de los individuos, Lazarus y Cohen (1977, en Lazarus y Folkman, 1986) plantean que existen tipos de acontecimientos que pueden ser catalogados como estresores o desencadenantes del estrés. En primer lugar, plantean que se encuentran los “Cambios mayores”, es decir aquellos sucesos que afectan a una gran población y se asocia a cataclismos, en donde al ser universales quedan fuera de cualquier tipo de control; entre estos eventos, pueden ser considerados desastres naturales, catástrofes, hechos prolongados (como el desarraigo o encarcelamiento) o situaciones demasiado rápidas (como un terremoto). En segundo lugar, los autores plantean los “Cambios mayores que afectan a una o pocas personas”, siendo de la misma forma perturbador para quien se ve afectado; entre estos eventos encontramos por ejemplo muerte de seres queridos, amenazas a la vida, enfermedades catastróficas o hechos relacionados a la fuente laboral. Y, por último, plantean la existencia de los “Ajetreos diarios”, que son descritas como la gran cantidad de experiencias estresantes, pero menos dramáticas que se asocian a nuestros distintos roles en la sociedad, es decir, son aquellas situaciones que nos perturban o generan molestia a diario, que, si bien son menos estridentes que los cambios mayores, “pueden ser incluso más importantes que éstos en el proceso de adaptación y conservación de la salud” (DeLongis, et. al., 1982; Kanner, et.al., 1981; en Lazarus y Folkman, 1986, p.11).

Si bien, como ya se ha planteado anteriormente, las intensidades de las reacciones al estrés son bastante heterogéneas, aunque la situación sea la misma, se ha planteado una propuesta publicada en 1982 por Elliot y Eisdorfer en *Stress and Human Health*, donde se esgrimen cuatro tipos de estresantes según su duración. En primer lugar, se encuentran los “Estresantes agudos”, que son limitados en el tiempo (una espera previa a algo nuevo). Por otro lado, plantean las “Secuencias estresantes”, es decir, la serie de sucesos provocados por un hecho inicial, que se prolonga en el tiempo (pérdida del empleo, divorcio,

etc.). En tercer lugar, se describen los “Estresantes crónicos intermitentes”, que son hechos disruptivos que suceden de manera alterna en el tiempo (visitas indeseadas, conflictos sexuales, entre otros). Y, por último, se encuentran los “Estresantes crónicos”, es decir hechos permanentes o prolongados que generan una desestabilización (como enfermedades o accidentes con consecuencias graves) (en Lazarus y Folkman, 1986).

En cuanto a características propias de los eventos para ser catalogados como estresantes, Lazarus y Folkman (1986), describen lo que se ha planteado como la “Triada básica de los eventos estresores”, en donde, para que un suceso sea entendido como tal, este debe ser o significar una pérdida, una amenaza y/o un daño (entendidos no solo como adjetivos singulares, sino como también la posibilidad de una interacción de los tres). McGrae (1984) agrega que además puede poseer otros elementos no deducibles a los previamente mencionados, que serían el “desafío” que propone el entorno en el cual se está inserto, la novedad o ambigüedad del evento y el exceso de información y/o estimulación proporcionada tanto por el medio como por las redes que componen el círculo del individuo (en Fierro, 1997).

Estas clasificaciones entregadas, aportan a un mayor entendimiento del concepto de estrés, y sus patrones de respuestas genéricos, sin embargo, es menester tener en cuenta a la hora de cualquier análisis, las características individuales, haciendo de esta forma que la definición del estrés ya no queda ligada al estímulo, sino que la relativiza en una perspectiva de cada individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Tras estos conceptos, es posible entender, para el siguiente desarrollo de esta investigación, a la pandemia, e incluso, siendo más específicos, al aislamiento físico producido por las normativas para frenar este fenómeno, como un evento estresor, tanto “De cambio mayor”, pues es un evento universal, que afecta a toda la población y no se puede ejercer control para frenar la situación (según el análisis de Lazarus y Folkman en 1986) y como un “Estresante crónico” debido a la gran extensión que este evento ha tenido (según Elliot y Eisdorfer, 1982). Además, reúne las características de la tríada básica (pérdida, amenaza y daño) pues, si bien no es el primero que se ha desarrollado a lo largo de la historia, sí es el primero que vive la mayoría de la población, existiendo incertidumbre en cuanto a su curso y duración, sumado al constante miedo provocado por los discursos provenientes de los medios de comunicación, pues existe un riesgo para la salud de cada uno y de quienes lo rodean (Palma et al., 2021). Todo lo anterior lo podemos profundizar por el interés de la comunidad científica al hablar del grupo de personas mayores, quienes

percibieron el estresor con mayores restricciones que el resto de la población, sumado a que la enfermedad, debido a estudios epidemiológicos, se presentó de manera más agresiva(Hernández, 2020).

2.3 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

2.3.1 Personas mayores, población en aumento

En el mundo, la población que más ha aumentado demográficamente son las personas mayores. Según la OMS (2021), se estima que, si la población mayor a 60 años en el 2000 rondaba el 11% del total, el año 2050 llegue a un 22%, es decir se duplique, pasando, en cifras concretas a casi los 2.000 millones. Uno de los grupos con mayor relevancia en este aumento son los “octogenarios” (mayores de 80 años), quienes cuadruplicarían su población alcanzando casi los 400 millones alrededor del mundo, siendo las mujeres quienes viven entre 6 a 8 años más que los hombres. Este fenómeno sin precedentes se debe principalmente, a un avance tecnológico y médico, al enriquecimiento en hábitos alimenticios, y un mayor acceso a servicios sanitarios y públicos, entre otros aspectos (OMS, 2021).

Según la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional en Chile [Encuesta CASEN] realizada en 2017, por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia arrojó que un 19,3% de la población chilena tiene más de 60 años, llegando así a ser el mismo porcentaje de población que el grupo etario de 0-14 años y 45-59 años, siendo solo superado por el grupo de 15-29 años (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

El proceso de envejecer y la etapa de la vejez, puede resultar algo compleja, debido a estereotipos, o incluso prejuicios que se tienen como sociedad sobre las personas mayores, como la improductividad, el aletargamiento, demencias, soledad, entre otros, pudiendo traer consigo exclusión y discriminación ante el acceso a servicios primarios y de recreación (Arnold, Massad, Herrera & Thumala, 2018), dándose este fenómeno no solo en Chile, sino en gran parte del mundo, donde la población mayor es vista de una forma muy reticente y denigrada (Huenchuan, 2018).

Dentro de los aspectos difíciles de esta parte del curso vital, se encuentra una precarización de la vida (jubilación, menor poder económico, aumento en gastos de salud, entre otros aspectos) y/o un menor acceso a los servicios (ya sea por dificultades de

movilidad, desinformación, por exclusión, entre otros), los cuales pueden perjudicar de gran manera la autonomía o agravar alguna patología (Arnold, et al., 2018).

El fenómeno que sucede con la inversión de la pirámide poblacional, no es algo que solamente afecte a nuestro país, sino que es algo que se replica en todo el mundo, y que está teniendo repercusiones tanto a nivel social como económico, esto sin atribuirle una cualificación de positivo o negativo, sino que solamente asociándolo a cambios (Hechavarría, Ramírez, García y García, 2018).

La población de personas mayores resulta relevante ser investigada, pues es un grupo que, previo a la pandemia, ya se sentía excluido socialmente, se invisibilizaban sus demandas y necesidades y se generaba una fuerte estigmatización y prejuicio hacia el envejecimiento como proceso normal y natural de la vida. Además de esto, no podemos ignorar los datos recabados por investigaciones previas a la presente, en este mismo contexto, como las del Observatorio del Envejecimiento de la Universidad Católica (2020; 2021), y “Vida en Pandemia” (Palma et al. 2020; 2021) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, los cuales reportan por ejemplo, que un 45% de la población mayor encuestada manifiesta un empeoramiento en su salud mental desde que inició la Pandemia (Observatorio del Envejecimiento, 2020), mientras que las principales preocupaciones de ambos estudios son los sentimientos de soledad (15% en hombres y 28% en mujeres), la dependencia (en el ámbito económico, físico, cotidiano, médico, entre otros) y la inactividad producida por el confinamiento (Palma et al., 2020 informe Vida en Pandemia).

2.3.2 Heterogeneidad de la población mayor

Uno de los puntos tal vez más relevantes que se presenta en el proceso de envejecimiento de la población, es que no se presenta como algo homogéneo, ni siquiera se puede hablar de esto en un mismo país o entre un mismo sexo, menos aún en los distintos sectores socioeconómicos (Ocampo y Londoño, 2007). Esto se puede deber a factores individuales y también extrínsecos del medio. Entre los primeros podemos encontrar la etnia, la historia familiar, la genética, la personalidad y la inteligencia; mientras que, en la segunda, encontramos aspectos como el ambiente físico en el que se desenvuelve cada persona, su nutrición, enfermedades, educación, círculo y relaciones

sociales, condiciones físicas, sanitarias, laborales, vivienda, situación económica, entre otros (Ocampo y Londoño, 2007).

Como estos aspectos se van sumando entre sí a lo largo de toda la vida, es posible entender que la vejez es el período donde las personas se van haciendo cada vez más distintas una de la otra, convirtiéndolos así en una población muy diversa y heterogénea, es decir, si por ejemplo, tomamos a dos personas mayores es muy probable que por sus experiencias y vivencias acumuladas, éstas presenten muchas diferencias entre sí, formas y modos de afrontar situaciones, capacidades de resolución y actúen ante situaciones cotidianas. Esta misma sumatoria de factores explicaría también que existan diferencias entre cada persona de su satisfacción vital, su felicidad y su bienestar (García, 2002; Ocampo y Londoño, 2007).

2.4 BIENESTAR SUBJETIVO

2.4.1 Concepto

Es entonces, en el contexto de pandemia, en que surge la preocupación de qué forma realmente está afectando (o alterando) el aislamiento físico en la población, y en nuestro grupo de investigación particular, las personas mayores.

Cuadra y Florenzano (2003) plantean que el ser humano tiene la necesidad intrínseca de protección y reconocimiento, las cuales estarían dadas por la pertenencia a grupos y las relaciones/contacto social, por lo que consideran que el exilio y el confinamiento solitario, podrían estar catalogados entre los castigos más graves que pueden sucederle a una persona. Cabe hacer mención aquí, que si bien el confinamiento vivido en la actualidad producto del SARS-COV2 no es un castigo o una condena, sí podría estar ligado a la base del “aislamiento”, es decir, a la restricción de libertades.

García (2002) plantea que es sabido que las actividades que cada persona realiza tienen un impacto en su estado anímico y su satisfacción, sin embargo, el estudio concreto y sistematizado de esta relación ha sido obstaculizado por el término “actividad” en sí mismo, pues puede entenderse como “contactos sociales, actividades físicas, culturales, viajes, aficiones, participación en actos religiosos o en organizaciones formales” (p. 32), es decir, una gama muy variada de acciones que distarían una de otra.

Diversos estudios han logrado presentar conclusiones en donde se presentan correlaciones significativas entre participación social, y las relaciones sociales generadas en esas circunstancias, (Bowling, 1988, 1989; Haditono, 1986; Olsen, 1980) y la actividad social con un constructo denominado “Bienestar subjetivo” (Okun, Stock, Haring y Witter, 1984). Autores como Okun et al. (1984) apoyan las conclusiones dadas previamente, indicando que la “actividad social” es un indicador que se correlacionaría significativamente con el bienestar.

Pero, ¿Qué es entonces el bienestar subjetivo y cuál es la importancia de éste? Aunque parezca extraño, pues es una palabra muy utilizada, tanto de manera científica como en la cotidianeidad, los conceptos de “Bienestar” y “Bienestar subjetivo” como tal, han sido introducidos a las ciencias psicológicas de manera reciente, y han sufrido una gran transformación para llegar a como se conceptualizan hoy (García, 2002).

En un inicio lo más similar al concepto de “bienestar” no era más que un cúmulo de variables cuantificables, y meramente económicas que, al sumarlas nos entregaban lo que se conocía como “Nivel de vida”, incluyendo categorías como ingresos, salud, empleo (y por ende, remuneración), vivienda o condiciones del entorno (Bauer, 1966; Smith, 1973; Andrews y Withey, 1976), o variables que explicarían la “Felicidad”, como el sexo, edad, clase social (o nivel socioeconómico) o estado civil, llegando a la conclusiones tales como que la persona feliz sería alguien joven, sano, con buenos niveles de educación y remuneración, autoestima e inteligencia, apegada a la religión, comprometida y/o casada, indistintamente del sexo (Wilson, 1976).

Para entender mejor entonces, el bienestar subjetivo, es un concepto inserto dentro de un constructo más amplio y multidimensional, conocido como “Calidad de vida”. Si bien, a menudo se utilizaba (o utiliza) como símiles (García-Viniegras y González, 2000, Veenhoven, 1994; Palomar, Lanzagorta y Hernández, 2004), poseen características que los diferencian entre sí (Moyano y Ramos, 2007).

Con el auge de la Psicología Positiva, y autores como Diener (1994) los conceptos de “Calidad de vida”, “Bienestar subjetivo”, “Satisfacción vital” y “Felicidad” comenzaron a tener una preponderancia teórica, y diferenciación etimológica para realizar distinciones y estudios más específicos (Moyano y Ramos, 2007). Por su lado, la calidad de vida es un concepto polisémico, es decir, ha sido definido de diversas formas, pero puede entenderse como un estado de satisfacción general de vida en cada persona en dos grandes

dimensiones: una subjetiva y una objetiva (Cummins y Cahill, 2000). El ámbito objetivo, o bienestar objetivo, se relaciona con la disponibilidad de bienes y servicios, y comprende los elementos materiales, relaciones sociales del individuo, la comunidad, el ambiente físico que lo rodea y la salud objetiva, es decir, todo aquello tangible o evidenciable por un tercero; mientras que el aspecto subjetivo, o bienestar subjetivo, se relacionaría con la percepción y valoración que posee cada uno con su entorno e individualidad, y se relacionaría con la intimidad, la expresión emocional, y aspectos percibidos como seguridad, productividad, salud, entre otros (Ardila, 2003).

En cuanto al bienestar subjetivo, estaría a su vez conformado por aspectos cognitivos y afectivos (Diener, 1994). La primera dimensión es la “Satisfacción vital”, que sería la valoración que el individuo realiza sobre su vida de forma general o según dimensiones, tales como amistades, empleo, ocio, entre otras (Diener, 1994) siendo el estado que resulta de la evaluación de las expectativas que se poseen en contraste con el contexto o a sus logros obtenidos (Veenhoven, 1994; García-Viniegras y González, 2000); mientras que el componente afectivo alude a la existencia de sentimientos positivos, como la felicidad (Arita, 2005), o negativos (Moyano y Ramos, 2007).

El bienestar subjetivo en un aspecto general, según García-Viniegras y González (2000) es parte de la salud de las personas, y por lo tanto está inserta en todas las dimensiones de la vida; pues si una persona se siente, y percibe bien, “es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y la felicidad implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio” (p.587). Además de que está demostrada la asociación entre estados emocionales y distintas respuestas de afrontamiento al estrés (García-Viniegras y González, 2000).

2.4.2 “Paradoja de la felicidad”

Entonces, si hablamos de bienestar subjetivo, nos encontramos con un aspecto inserto dentro de la “Calidad de vida”, que contiene, como su nombre lo dice, la percepción de la satisfacción y emociones de vida de las personas (Diener, 1994). Ahora bien, llama la atención que la población mayor se ha enfrentado mayoritariamente a una serie de sucesos disruptivos, e incluso considerados como negativos, tales como la jubilación, la pérdida de seres queridos, enfermedades de diversa índole, además de los eventos particulares que cada persona ha vivido a lo largo de su vida (Thumala, 2011); pero a diferencia de lo que

nos parecería lógico, esta cohorte no reporta menores niveles de felicidad, bienestar o satisfacción, si lo comparamos con otros grupos (Fernández-Ballesteros, 2004).

La forma en que se ha vivido, propicia la adquisición de recursos y herramientas que permiten un manejo más óptimo al estrés en personas mayores, incluso más que en otros grupos etarios, lo que concordaría con estudios hechos en China, Nigeria y Estados Unidos, donde las personas mayores indican sentirse tan satisfechos con sus vidas, como los demás, lo que aportaría a un entendimiento de la dimensión cognitiva del bienestar subjetivo (Diener y Suh, 1998). Este fenómeno, deja a la vista lo que la literatura llama “Paradoja de la Felicidad” o “Paradoja del Envejecimiento” (Fernández-Ballesteros, 2004; Cartensen, Mikels y Mather, 2006), el cual apuntaría a mantener un bienestar adecuado, a pesar de las vicisitudes esperables e inevitables que se desarrollan en la vejez.

Una de las explicaciones que más toma fuerza en este sentido, es la que entiende este fenómeno como un proceso de “Habitación”, es decir, que se asuman estos eventos como normales y más tolerables por lo que, a la hora de afrontarlos, esto se hará de acuerdo a las experiencias previas y sus condiciones de vida (Thumala, 2011).

El proceso de habitación descrito, tendría relación con la “Teoría de la Selectividad Socioemocional de Cartensen” (Cartensen, et. al, 2006), apuntando principalmente a la motivación y a la percepción de finitud que se tiene de la vida a medida que se va envejeciendo, conduciendo a las personas a una selección de información orientada a una búsqueda más focalizada, segura, profunda y satisfactoria, que tendría como objetivo la gratificación emocional, haciendo a las personas mayores más sensibles a la información positiva, en desmedro de la negativa o al intento de evitación de esta (Thumala, 2011; Iacub, 2013). Por otra parte, los recursos que se van desarrollando a lo largo de la vida también aportan, por ejemplo, en las formas de afrontar dificultades asociadas a situaciones tanto esperadas de la vejez, como aquellas inesperadas, que son características de la cotidianeidad de cada persona, y a la disminución del estrés (Muela, Torres y Peláez, 2002).

2.5 MODOS DE AFRONTAMIENTO

2.5.1 Concepto

Los psicólogos evolutivos, Brandtstädter y Rothermund (2002), plantean que las metas evolutivas son muy importantes para nuestro autoconcepto, y por tanto fundamental

para nuestra adaptación al entorno en constante cambio. Es aquí, donde plantean que cobra relevancia el concepto de bienestar, pues este depende, no en su totalidad, pero si en gran medida, en la distancia que hay entre nuestras metas (futuro) y el estado actual en la que nos encontramos, con nuestras habilidades y contexto (presente).

Esta relación se presenta de forma inversamente proporcional, es decir, mientras mayor sea esta distancia entre las metas u objetivos y las condiciones y contextos actuales, el bienestar se verá reducido. Cuando esto sucede, y supone una amenaza para nuestro bienestar, es que la persona despliega modos adaptativos y acciones para intentar reducir esta amenaza y brecha, y con ello mejorar su bienestar (Brandtstädter y Rothermund, 2002).

Como ya hemos comentado anteriormente, los eventos vitales o contextuales, pueden constituirse como un evento estresor, en donde el individuo debe desplegar una serie de respuestas adaptativas ya aprendidas y aprehendidas a lo largo de su vida. Estos esfuerzos cognitivos y conductuales son los que Lazarus y Folkman (1991) entienden como “Afrontamiento” (Coping en inglés).

2.5.2 Asimilación y Acomodación

Si bien existen diversas formas de categorizar los tipos de afrontamiento, por ejemplo, por estilos según Lazarus y Folkman: Focalizado en los problemas y Focalizado en las emociones (1984) o según Frydenberg y Lewis, donde se pueden clasificar como estilo Productivo, No productivo y Orientado a otros (1996), para la presente investigación se utilizará la teoría de Brandtstädter y Rothermund, quienes plantean que el afrontamiento se divide en dos grandes modos, los cuales son: Asimilación y Acomodación (2002), esto debido a que estas categorías poseen utilidad para establecer diferencias en el curso vital de cada individuo.

La asimilación, o “persecución tenaz de objetivos” (Brandtstädter y Rothermund, 2002), es un modo de afrontamiento que nunca desaparece, y se caracteriza por una transformación de nuestro contexto actual, sobrepasar los obstáculos independientes de su dificultad, para que este se asemeje a nuestras metas y objetivos de futuro, es decir, se intenta reducir esta brecha modificando el contexto y las herramientas actuales para hacer prevalecer la meta y/u objetivo. Implicaría, entonces, mantener los objetivos e iniciar un accionar destinado a lograrlo, sin mediar dificultad.

La utilización de este modo, supone un ejercicio del control sobre nuestro propio actuar, pues se realiza de manera intencional, por medio de autoobservación, autoevaluación y autocorrección, generando la capacidad de dar dirección a nuestras vidas (Zea, 2012).

Brandtstädter y Greve (1994) y Brandtstädter y Rothermund (2002), plantean que existen varios tipos de asimilación. En primer lugar, están las actividades “Autorrectoras e instrumentales”, que son aquellas dirigidas al mantenimiento y persecución de la meta, maximizando así, la probabilidad de conseguirla o mantenerla.

Por otro lado, Zea (2012) plantea que se encuentran las actividades “compensatorias”, y son aquellas de mayor relevancia en la población mayor, en donde las personas utilizan medios para mitigar las consecuencias negativas que puede significar alguna pérdida. Un claro ejemplo de esto son las ayudas externas utilizadas para el mantenimiento de estados favorables, tales como objetos externos para movilidad, prótesis, etc. Estos se utilizan para conseguir aquellos objetivos que son difíciles de abandonar o que su abandono signifique una pérdida muy alta (Brandtstädter y Rothermund, 2002; Zea, 2012).

Por otra parte, la acomodación, o “ajuste flexible de las metas” (Brandtstädter, 1996), implica el proceso contrario, es decir, acercar las metas y objetivos para que se puedan adaptar a la situación actual, valorando importancia, lejanía, contexto, entre otras variables, es decir, supone la modificación, o incluso abandono, de objetivos para conseguir otros nuevos que se adapten al contexto en que se desenvuelve (Brandtstädter y Rothermund, 2002). Esto sucede cuando los procesos de asimilación no son posibles o se consideran poco eficientes.

Si bien ambos, no son modos “puros” ni “secuenciales”, los procesos asimilativos suceden y priman en los momentos de crisis y post crisis, pues se entienden estos momentos como los “de expresión y procesamiento” ya que se utilizan estrategias que se centran en el manejo y la forma de percibir el evento, para reaccionar ante un posible actuar de la forma más tranquila y lógica posible, bajo sus nociones previas (Ochoa y Casellas-Grau, 2017, p.5).

A pesar de esto, ambos modos están asociados al crecimiento personal ante estresores (Zoellner y Maercker, 2006), aunque algunos autores indican que, si bien esto sucede, el crecimiento verídico, actual y real solo ocurre cuando logramos ajustarnos a un modo acomodativo, pues es aquí donde se producen los cambios profundos en la forma en que nos enfrentamos al mundo (Joseph y Linley, 2006; Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009).

Como ha sido mencionado hasta ahora, los modos de afrontamiento, y el afrontamiento en sí, ante situaciones altamente estresantes o incontrolables, va a depender, además del contexto, de las características individuales de cada persona (Lazarus y Folkman, 1991), entre las que se encuentran aspectos sociodemográficos como la edad, la escolaridad y el sexo de las personas.

En cuanto a la edad, la literatura afirma que al pasar los años de vida, para poder optimizar y utilizar de manera más adecuada los recursos y habilidades que tienen las personas, se iría adoptando una estrategia adaptativa más enfocada en el modo de afrontamiento acomodativo, en vez de uno asimilativo (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008), o como plantea Brandtstädter, Wentura y Greve (1993) las acciones acomodativas se incrementarán en situaciones irreversibles, como lo es el caso del mismo envejecimiento. Villar (2005) plantea que esto podría entenderse por el tiempo limitado, por lo que envejecer significaría una reducción en el tiempo disponible para las metas y objetivos, teniendo la capacidad de reconocer esta situación y así se modifiquen las aspiraciones, ya sea adelantándolas o “redefiniéndolas de forma más modesta, menos ambiciosa” (p. 23).

Es por esto que el modo acomodativo posee una importancia relevante a medida que se va avanzando en edad, pues deben enfrentarse de manera más frecuente que en otras épocas de la vida a distintos tipos de pérdidas, restricciones y/o inconvenientes para acceder a servicios o grupos sociales, y el accionar se relaciona, como ya se mencionó, a la concientización de finitud de la vida. En ocasiones, se activa cuando un evento provoca una sensación de pérdida de control, y se creen reducidas las probabilidades de conseguir la meta impuesta. De esta manera, este despliegue, genera el control sobre otras nuevas metas, viéndolas como más manejables (Zea, 2012).

Por otro lado, en relación a la escolaridad, esta categoría toma una gran relevancia, pues autores como Birren (1994), plantean que esta variable es capaz de influir en los modos de afrontamiento, esto debido a que da la capacidad, a mayores años de estudios, de maximizar y conservar los recursos que se ponen en acción al momento de tomar decisiones. Por lo tanto, se proporcionan herramientas claves para la adaptación que se requerirá a lo largo de la vida, y más aún en el envejecimiento. Mayordomo, et al. (2015) plantean que aquellas personas con alto nivel de escolaridad son más efectivas en su cotidianeidad, debido a la constante búsqueda de información, discusión, etc.

Por último, si hablamos en relación al sexo y su influencia en el afrontamiento de cada uno, en la literatura se muestra una escasa o incluso nula diferencia en cuanto al bienestar subjetivo en relación a los modos de afrontamiento, mediado por esta variable (Satorres, 2013) presentando por ejemplo en los resultados ofrecidos por Haring, Stock y Okun (1984), Alvarado et al., (2008) y Barrantes (2006) una débil tendencia de los hombres por sobre las mujeres, mostrando estas últimas, además, mayores niveles de agotamiento y menor actividad física.

Una posible explicación a este fenómeno podría deberse a la hipótesis de la “Tendencia de respuesta” que presentarían las mujeres, debido a una mayor expresividad emocional, por lo que su bienestar emocional (subjetivo) no sería más bajo, sino más bien exteriorizan y expresan con mayor facilidad sus emociones, más aún si estas son negativas (Mirowsky y Ross, 1996).

Sin embargo, otros estudios indican que debido a mayores niveles de estabilidad emocional al aumentar la edad en las mujeres, o producto de una pérdida del rol laboral en los hombres al momento de envejecer (acción que los destaca y posiciona socioculturalmente), los hombres reportarían menores niveles de bienestar subjetivo que las mujeres, pues estas, en mayor medida mantienen su rol social, asignado tradicionalmente, sobre todo en las actuales generaciones de personas mayores, que sería el del cuidado acérrimo del grupo familiar (Hicks, Epperly y Barnes, 2001; Pinquart y Sorensen, 2001; Stefani, 2004).

Pavón y Arias (2013) manifiestan diferencias sobre estrategias de afrontamiento si se relacionan con la variable sexo, llegando a conclusiones tales como que las mujeres poseen percepciones más favorables en cuanto a las propias capacidades para afrontar cambios propios del envejecer, o enfrentar con éxito situaciones estresantes, como lo podría ser un evento como el contexto actual que está siendo evaluado, a diferencia de los hombres.

Otros autores plantean un Modelo biopsicosocial de diferencias de género a la hora de la expresión de emociones, en donde, debido a una combinación de diferencias biológicas, la socialización expuesta y la influencia del contexto social que se vive y las expectativas de esto, es que se generan diferencias de género (Brody, 1999; Fivush y Buckner, 2000).

De esta forma, considerando la literatura, resulta importante evaluar estas variables y su relación entre el despliegue de los modos de asimilación y acomodación y el bienestar subjetivo, dentro del estresante contexto de confinamiento en pandemia.

2.5.3 Modos de afrontamiento como uno de los factores que contribuyen a la heterogeneidad de la población mayor

Como ya planteamos anteriormente la población mayor es una de las más, si no la más, diversa en cualquier sociedad, producto de una extensa adquisición de factores intrínsecos y extrínsecos, en donde también podemos encontrar el afrontamiento como uno que se sume a la lista, que se ve influenciado por la historia de vida y el contexto en el cual se desarrolla cada persona (Brandtstädter y Rothermund, 2002).

Durante el período de envejecimiento, se comienza a evidenciar una serie de situaciones en el entorno que van dificultando cada vez más el alcance real de las metas, las cuales se expresan, por ejemplo, al momento de la concientización de que el tiempo, y la vida, se están haciendo más finitos, que algunas de las habilidades físicas se han ido deteriorando y desgastando con el curso normal, y que el acceso a ciertos servicios o quehaceres se van viendo limitados para esta población, poniendo en jaque lo que hemos expuesto anteriormente, la distancia entre el presente y lo que buscamos, pues esta brecha se va acrecentando. Por lo que destaca, ante esta inconsistencia, la flexibilidad adaptativa o flexibilidad de afrontamiento, que si bien no es algo exclusivo de este rango etario, si podemos ejemplificarlo de mejor manera aquí, como la capacidad de utilizar las estrategias y modos de la forma más adecuada en función del contexto y lo que éste demande, en vez de utilizar solo un modo predispuesto para todas las situaciones, es decir, se acudiría a un repertorio de acciones entre la asimilación y la acomodación, u otras que integren ambos modos (Muela, Torres y Peláez, 2002; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015; Rodríguez y Pérez, 2019).

En estudios realizados por Brandtstädter y Renner, 1990 y Brandtstädter y Baltes-Götz, 1990 (citados en Zea, 2012) se evaluó la utilización de los procesos de asimilación y acomodación de manera interdependiente e independiente, y se evidenció una correlación positiva y significativa con el ámbito cognitivo del bienestar subjetivo, es decir, de "Satisfacción personal con la vida". Pero esta trayectoria, al compararla en el continuo etario, muestra representación inversa, es decir, a más avanzada edad se apreciaba una disminución de la asimilación como modo predominante, aunque no desaparecía en ningún caso, mientras que la acomodación adoptaba mayor relevancia y uso a medida que se observaba a la población de mayor edad (Zea, 2012).

Este cambio, potenciando un afrontamiento más acomodativo, podría explicarse por la naturaleza inevitable e irreversible del proceso mismo de envejecimiento, es decir, enfrentarse cada vez más y más seguido a cambios no controlables e inevitables, y una reducción temporal, donde “el futuro pasa de verse como algo infinito a ser cada vez más reducido” (Brandtstädter y Baltes-Götz, 1990, citados en Zea, 2012, p.86).

De esta forma, podría resultar más eficiente mantener el bienestar de cada persona, evitando que las pérdidas asociadas a esta etapa de la vida afecten de gran manera (Zea, 2012), incluso pensando, por ejemplo, en las restricciones de movilidad asociadas al envejecimiento, podrían verse interactuar con un menor impacto en el bienestar subjetivo, si se despliega un modo acomodativo.

Por otro lado, la flexibilidad en los modos de afrontamiento ante situaciones que se perciban como incontrolables, provoca que las personas mayores mantengan una mayor confianza en sus proyecciones, capacidad evolutiva y adaptativa, provocando que aquellos sentimientos de indefensión y/o depresión, se perciban más lejanos (Brandtstädter y Rothermund, 1994).

En otras palabras, Brandtstädter y Greve (1994) plantean que, a medida que se aumenta en edad, se torna más relevante la sustitución de metas pasadas, por algunas que se adecúen al presente de cada uno, reduciendo las aspiraciones, convirtiéndolas en más realistas (Iacub, 2011), lo que apoyaría la tesis de un paso del modo asimilativo a uno más acomodativo.

Si bien, como sabemos, la vida inserta en un contexto de pandemia se encuentra aún en desarrollo y constante cambio y que, a pesar de que ha visto disminuida la gravedad y letalidad del virus, y ya se está retomando aquello que consideramos como “vida previa al COVID”, esta situación aún no acaba, puesto que la cantidad de casos actualmente ha ido en aumento debido a la viralidad de las nuevas cepas (Naciones Unidas, 2021); la investigación y la literatura ha logrado avances muy importantes para que, como sociedad, podamos afrontar rebotes, o nuevos episodios de características similares.

Hasta ahora, lo que ha entregado la literatura a la temática de afrontamiento y pandemia en personas mayores, se centra principalmente en una perspectiva sanitaria, donde se ha observado, por medio de estudios realizados, que esta población se ha catalogado como “de riesgo sanitario físico”, producto que, como mencionamos, esta es una enfermedad que ataca de manera simultánea varios órganos, lo cual puede aumentar el riesgo en casos de

enfermedades preexistentes (OMS, 2020; Lorenzo, Díaz, Zaldívar, 2020; MINSAL, 2020; Vega, Ruvalcaba, Hernández, Acuña y López, 2020).

En cuanto a la temática en particular de “afrentamiento en personas mayores producto del contexto de COVID-19” los informes estudiados para el presente trabajo hacen alusión a las estrategias utilizadas por personas mayores para hacerle frente al aislamiento físico, y las consecuencias psicosociales de la pandemia, más no a los modos de asimilación y acomodación. Por ejemplo, subdivisiones de estrategias exitosas (como la reinterpretación positiva, apoyo social y resolución de problemas) y no exitosas (como desconexión, autoinculpación y autodistracción); enfocadas en el problema y su resolución y orientadas a las emociones (Guevara, et.al., 2022; Iacub et.al., 2021); a los factores que permiten una mayor o menor adherencia a indicaciones sanitarias en situaciones estresantes en personas mayores, como lo es el contexto de confinamiento (De Souza et.al., 2021, indicando un mejor afrontamiento por parte de quienes tienen comorbilidades médicas, pues adhieren más a restricciones sanitarias y se informan más y mejor que quienes no).

También se encuentran estudios enfocados en el afrontamiento como proceso general el cual puede resultar como protector o perjudicial en personas mayores, la que sería una visión más médica (Mero y Sánchez, 2021); o aquellos estudios no asociados al contexto actual de pandemia, y confinamiento, que se centran en los rangos etarios y las estrategias de afrontamiento, indicando diferencias significativas entre las variables sexo y edad (Petrikovich, 2020; Mayordomo et.al., 2015; García et.al., 2008).

Además de esto, con un enfoque centrado en los modos de afrontamiento, es posible evidenciar diferencias en el curso vital de cada persona, esto debido a que abarcarían la redefinición de la vivencia de cada persona y el aprendizaje que se produciría después de cada evento estresante.

Esto dejaría abierta la opción de indagar ya no en las estrategias en específico, sino en el modo que está siendo utilizado para afrontar este contexto estresante, por parte de las personas mayores, y contrastar aquello descrito en la literatura expuesta, sobre si el modo acomodativo, y la utilización de éste de manera predominante en la vejez, ha resultado útil y favorecedor para la población en un contexto de aislamiento físico por pandemia.

3. PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Tras esta conceptualización y marco general que nos entrega la literatura, es que la guía de la presente memoria se centró en la pregunta ¿Cómo se relacionan los modos de asimilación y acomodación con el bienestar subjetivo en personas mayores aisladas físicamente producto de la pandemia, según edad, grado escolaridad y sexo?

El objetivo general que nos planteamos fue el de describir la forma en que los procesos de asimilación y acomodación se relacionaban con el bienestar subjetivo de las personas mayores en aislamiento físico producto de la pandemia, mediada por las variables sociodemográficas señaladas.

Como primer objetivo específico se buscó describir la relación entre el bienestar subjetivo y los modos de asimilación y acomodación, sin mediar ninguna variable sociodemográfica.

Como segundo objetivo específico se describió la relación entre el bienestar subjetivo y los modos de asimilación y acomodación, en las personas mayores, mediados por la variable edad.

Como tercer objetivo específico, se describió la relación existente entre el bienestar subjetivo de las personas mayores y los procesos de asimilación y acomodación, según el grado de escolaridad que poseen (primaria-secundaria-superior).

Como último objetivo específico, se describió la relación entre el bienestar subjetivo y los modos de asimilación y acomodación, en las personas mayores, según su sexo de forma intergrupar (hombre-mujer).

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 DISEÑO

La presente investigación se enmarca bajo un diseño cuantitativo, con aportes cualitativos proveniente de las preguntas abiertas experienciales de los participantes; y de tipo transversal, pues se analizaron datos entregados por los participantes en un período de tiempo determinado (Pimienta, 2000; Álvarez-Hernández y Delgado-De la Mora, 2015).

El estudio fue de carácter descriptivo y comparativo, pues tuvo como finalidad conocer de qué manera las personas mayores se han desenvuelto para afrontar el contexto

de pandemia y cómo este accionar ha influido en su bienestar subjetivo. Estas relaciones fueron comparadas de acuerdo a tres variables seleccionadas: edad, grado de escolaridad y sexo.

Al momento de la recolección de los presentes datos, los entrevistados participaban en un estudio longitudinal desde el año 2017, de “Acompañamiento y seguimiento para personas mayores de 70 años con queja cognitiva” en el Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo [GERO] ¹ (Institución que aportó los datos para el siguiente análisis y en el cual se enmarca el presente estudio). Los participantes iniciales del proyecto de acompañamiento fueron 298, pero para el presente estudio solo fueron considerados 135 de ellos, quienes aceptaron y participaron en la adaptación del “Protocolo COVID”, instalado debido a la contingencia nacional y sanitaria.

4.2 MUESTRA

La muestra del presente estudio, constó de 135 personas mayores, entre 70 y 92 años de edad, no institucionalizadas, es decir, no asisten o se encuentran en Centros de Larga Estadía (ELEAM), privadas de libertad, hospitalizadas en distintos tipos de centros de salud, u otras situaciones similares y que, al momento de la incorporación al estudio, reportaban algún tipo de queja cognitiva pero, tras análisis psicológicos y médicos por parte del equipo investigador de GERO, estas patologías o sospechas fueron descartadas.

La muestra es no probabilística, con un total de 298 entrevistados en la batería de preguntas cuantitativas de tipo Likert, siendo solo 135 de ellos utilizados para el siguiente análisis, pues el restante (163 participantes) no contaba con datos completos en sus respuestas, o solo contaba con respuestas abiertas. En cuanto a las preguntas abiertas, se obtuvieron 92 respuestas de los participantes.

De los 135 participantes, un 85% (115) son mujeres (Tabla 1), con una media de edad de 76,17 años (Tabla 2), en los rangos entre 70 a 92 años (Anexos, Tabla 3), con un promedio de años de escolaridad de 9,3 años (Tabla 4), con un mínimo de 0 años y máximo de 24 años (Anexos, Tabla 5) que, tras categorizarlos, la mayoría se encuentra en el rango de “Educación Primaria” (50%), es decir, poseen entre 0 hasta 8 años de escolaridad (Tabla 6); y con una distribución geográfica, donde la mayoría se concentra en la comuna de Macul

¹ Proyecto ANID/FONDAP/15150012.

(43%), y cantidad importante (37%) el sector Oriente de la capital, es decir, las comunas de Ñuñoa, La Reina y Providencia (Anexos, Tabla 7).

En cuanto a la distribución de la población en las distintas categorías, si bien la edad se presenta en un continuo de 22 años, esto favorece la investigación, pues ayuda a evidenciar si existen o no diferencias en la mediación de esta variable en la relación bienestar-modos de afrontamiento. Por otro lado, en cuanto al grado de escolaridad, si bien resultan disímiles entre sí, esta información se condice con la realidad educativa de la población mayor, entregada en CASEN (2017), donde se indica que casi un 48% se encuentra en la educación primaria (terminada o inconclusa). Por último, la categoría sexo, entregó información muy distinta entre sí, generando una imposibilidad de realizar contraste intergrupar, pues no mostraría confiabilidad ni validez a los resultados, es por eso que se decidió realizar un análisis intragrupal.

Tabla 1

Sexo de los participantes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	20	14,8	14,8	14,8
	Mujer	115	85,2	85,2	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

Tabla 2

Estadísticos básicos de las edades de los participantes.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	133	70	92	76,17	5,165
N válido (según lista)	133				

Tabla 4*Estadísticos básicos de años de escolaridad de participantes.*

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Años Escolaridad	132	0	24	9,30	4,747

Tabla 6*Frecuencias de rangos de escolaridad de participantes.*

	Frecuencia	Porcentaje
Ed. Primaria	66	48,9%
Ed. Secundaria	39	28,9%
Ed. Superior	27	20,0%
Sin Información	3	2,2%
Total	132	100%

La edad utilizada en la cohorte es entre los 70 y 92 años, esto debido a que es la edad utilizada para el programa de “Acompañamiento y seguimiento para personas mayores con queja cognitiva” de GERO.

Respecto del rango etario considerado, se señala según GERO, los 70 años como el criterio de inclusión para su propio estudio longitudinal, pues se apoya en la posibilidad cercana a la aparición de patologías que son las estudiadas por su proyecto.

4.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En inicio el estudio realizado por GERO, se enmarcó en un contexto previo a la pandemia, y contaba con un “Protocolo de 4 Tiempos” a los 6, 12, 24 y 30 meses, en donde se aplicó una batería de test y cuestionarios, de manera presencial, para evaluar el estado de salud y la queja cognitiva inicial que reportaban las personas, y en caso de agravarse, recomendar y tomar acciones médicas pertinentes. El equipo de investigadores se conforma por un grupo médico y psicológico de la institución.

En mayo del 2020, producto del contexto sociosanitario de la Pandemia del SARS-COV-2, además de cambiar la modalidad de presencial a llamados telefónicos, se decidió incorporar al seguimiento previo, un “Protocolo COVID” en donde se realizaron 8 preguntas cerradas con respuesta de tipo Likert, 4 de estrés, bienestar subjetivo y afrontamiento y 4 de Prevención; y también 6 preguntas abiertas para evaluar el estado y funcionamiento de cada uno de los participantes. Esta nueva modalidad fue aceptada por los participantes libremente, de manera consentida e informada. Para este estudio se consideraron las 4 preguntas de estrés, bienestar subjetivo y afrontamiento, además de las preguntas abiertas.

Para responder a los objetivos específicos relacionados a las variables sociodemográficas (edad, escolaridad y sexo) es que se realizaron tres divisiones que responderán a cada uno de ellos, y así dar cuenta de si existen o no diferencias, y si estas son significativas, en los modos de afrontamiento utilizados por las personas mayores ante el estresor constante que significa permanecer en aislamiento físico.

En cuanto al segundo objetivo específico que es describir la relación entre bienestar subjetivo y los modos de afrontamiento en personas mayores según su edad, se analizó a modo de continuo, es decir, cada año será un subgrupo independiente.

Para el tercer objetivo específico, el cual es describir la relación entre el bienestar subjetivo y ambos modos de afrontamiento en personas mayores, mediado por el grado de escolaridad que reportan, se realizaron dos análisis. Preliminarmente se hará uno a modo de continuo, es decir, cada año entre 0 y 24 representará una categoría independiente entre sí, para evidenciar si existen diferencias; mientras que posteriormente, se realizará una categorización ordinal de los años de estudios, según CASEN (2017), donde se encuentran tres categorías: Educación Primaria (desde 0 hasta 8 años de estudio); Educación Secundaria (entre 9 a 12 años de estudio) y Educación Superior (desde 13 años de estudio).

Por último, para responder nuestro cuarto objetivo específico, que es describir la relación entre el bienestar subjetivo y los modos de afrontamiento según el sexo de las personas mayores entrevistadas, la variable sociodemográfica fue binaria, es decir, se considerarán solo dos respuestas, las cuales serán de acuerdo al sexo registrado de cada participante. Las categorías fueron: Hombre y Mujer. Como ya vimos, las diferencias entre la muestra de mujeres y hombres representa una complicación metodológica, si deseamos compararla entre sí, es que se decidió realizar una comparación intergrupala y los distintos modos de afrontamiento que utilizaban en éste, es decir, en lugar de comparar, por ejemplo,

hombres y mujeres que asimilan y como esto influye en el bienestar subjetivo, se comparó solo entre mujeres y sus distintos modos de afrontamiento, y por otro lado lo mismo solo con hombres.

4.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

Como debía ser una evaluación acotada, pues era de manera telefónica, se condensaron las preguntas bajo la siguiente metodología, a modo de sondeo y tamizaje, para poder conocer la globalidad y generalidades del fenómeno en curso, la cual, si bien no ha sido validada metodológicamente, como el estudio FONDAP inicial de GERO, sí se confeccionó la encuesta de manera exhaustiva para poder dar respuestas que generen conocimiento sobre esta cohorte. De las 4 preguntas cerradas seleccionadas sobre estrés, bienestar subjetivo y afrontamiento, la primera aborda el estresor y la dificultad que reporta la persona ante este, es decir, un aspecto de la dimensión cognitiva del bienestar subjetivo, pero no así la globalidad de éste aspecto, pues la satisfacción vital, como ya se ha mencionado, nos enfrenta a una percepción que cada uno tiene con la totalidad de su vida; mientras que la segunda interrogante aborda el estado de ánimo referida bajo la noción del aspecto afectivo de bienestar subjetivo (Diener, 1994). Las últimas dos preguntas evalúan los modos de afrontamiento: asimilativo (pregunta 3) y acomodativo (pregunta 4), conceptos desarrollados por Brandtstädter (2009), Brandtstädter y Renner (1990) y Brandtstädter y Rothermund (2002).

Las cuatro preguntas cerradas son:

1. ¿Le ha resultado difícil este período de aislamiento social? (Respuestas: Muy difícil, Difícil, No tan difícil)
2. ¿Ha notado que su ánimo ha disminuido durante este período de aislamiento social? (Respuestas: Bastante, Algo, Nada o Casi nada)
3. ¿Ha tenido que hacer cambios para enfrentar este período de aislamiento social? (Respuestas: Muchos, Algunos, Casi ninguno, Ninguno)
4. ¿Diría usted que ha logrado aceptar con tranquilidad este período de aislamiento social? (Respuestas: En general sí, En parte, Muy poco)

Como ya se mencionó, también se aplicó un cuestionario de 6 preguntas, las cuales se realizaron a los participantes que ya habían contestado las preguntas cerradas, para poder conocer un poco más la experiencia subjetiva de la vivencia. Estas preguntas sufrieron

algunas modificaciones acordes al curso de las entrevistas. Las primeras tres interrogantes nos ayudan a comprender la evaluación del bienestar subjetivo de los entrevistados, mientras que las 3 preguntas siguientes enriquecen en general el concepto de “Calidad de vida”, apuntando a su dimensión más objetiva y material. Estas son:

1. ¿Cómo ha sido el período sin poder salir de su casa y cómo le ha hecho frente a esta situación?
2. ¿Qué ha sido lo más difícil?
3. ¿Qué ha hecho ante esta situación? ¿Ha hecho algo en especial? ¿Le resulta?
4. ¿Se encuentra acompañado? ¿Sigue viviendo con las mismas personas?
5. ¿Han cambiado o modificado los ingresos del hogar?
6. ¿Cómo lo está haciendo para recibir medicamentos y tratamientos (o atención) médica?

Las variables conceptuales utilizadas, además de las preguntas anteriores, en la presente investigación se detallan a continuación:

- a) *Estresor*: Entenderemos el estresor, como un evento, vital o contextual, fuera de lo común, en donde el individuo se ve en la necesidad de desplegar respuestas adaptativas aprendidas a lo largo de su vida para poder afrontarlas. No es algo dañino en sí, pero su exposición prolongada y una respuesta deficiente por parte de las personas, sí puede constituirse como tal (Hernández, et al. 2009; Macías, et al, 2013).
- b) *Bienestar Subjetivo*: Se entenderá este concepto como la parte autopercebida y subjetiva de los participantes del macro concepto “Calidad de Vida”. Éste incluye aspectos cognitivos tales como la evaluación cognitiva del efecto del estresor y aspectos afectivos como los cambios en el estado anímico (Diener, 1994; Ardilla, 2003).
- c) *Afrontamiento*: Se entenderá el afrontamiento como las respuestas cognitivas y conductuales adaptativas que debe desplegar el ser humano para sobrellevar una situación o evento estresante, y de esta forma reducir la brecha que se genera entre nuestras metas y expectativas con la situación actual que nos encontramos. Estos esfuerzos se ven influenciado por la historia de vida y el contexto en el cual se

desarrolla cada persona, por lo que, según la literatura sería en la población de personas mayores donde más encontraríamos diferencias, ya que es el grupo más heterogéneo de la población (Lazarus y Folkman, 1991; Brandtstädter y Rothermund, 2002). Para este análisis utilizaremos los modos de afrontamiento, los cuales son la asimilación y acomodación. Ambos procesos no son puros ni secuenciales (Ochoa y Casellas-Grau, 2017) y están asociados al crecimiento personal ante estresores (Zoellner y Maercker, 2006).

- *Asimilación*: Este concepto será entendido como uno de los modos de afrontamiento, en donde se pretende transformar el contexto actual, superar los obstáculos, sin medir impedimentos ni dificultades, para alcanzar las metas u objetivos (Brandtstädter y Rothermund, 2002)
 - *Acomodación*: El segundo modo de afrontamiento se entenderá como el proceso contrario al anterior, es decir, implica acercar y adaptar nuestras metas y objetivos al contexto actual de cada persona; tomando en cuenta, valencia, lejanía, herramientas y medios, etc. (Brandtstädter y Rothermund, 2002).
- d) *Sexo*: Para el análisis, solo fue considerado el sexo registrado de las personas, y no sus identidades de género (Hombre-Mujer).
- e) *Edad*: años de vida cumplidos de cada participante.
- f) *Años de escolaridad*: Son los años de estudio informados por los participantes, en un continuo de 0 años a 24 años, los cuales posteriormente se dividieron en tres categorías, las cuales se confeccionaron de acuerdo a lo estipulado por la CASEN (2017) “Educación primaria” (hasta 8 años de escolaridad), “Educación secundaria” (entre 9 y 12 años de escolaridad) y “Educación superior” (desde 13 años de escolaridad) (Ver Figura 4, 5 y 6).

4.5 ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos a través de las respuestas entregadas por los participantes, se utilizaron dos programas estadísticos computacionales, de manera complementaria. El primer programa es IBM SPSS Statistics, para realizar todos aquellos cuadros con estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas y análisis con datos numéricos. Por otro lado, el segundo programa fue RStudio, con el cual se realizaron nuevamente correlaciones bivariadas y multivariadas con aquellas variables categóricas y numéricas recolectadas, esto debido a que este análisis es más prolijo y preciso que el primero utilizado.

Inicialmente se realizó una transformación de las respuestas categóricas ofrecidas para las distintas preguntas, asignándole valores para dejarlas a un nivel ordinal para su posterior análisis.

Ante lo anterior los números asignados a las respuestas de las cuatro preguntas se observan detalladas en la Tabla 8.

Tabla 8

Asignación numérica de respuestas categóricas a preguntas de la entrevista

¿Le ha resultado difícil este período de aislamiento social?	Muy difícil	1
	Difícil	2
	No tan difícil	3
¿Ha notado que su ánimo ha disminuido durante este período de aislamiento social?	Bastante	1
	Algo	2
	Nada o casi nada	3
¿Ha tenido que hacer cambios para enfrentar este período de aislamiento social?	Muchos	1
	Algunos	2
	Casi Ninguno	3
	Ninguno	4
¿Diría usted que ha logrado aceptar con tranquilidad este período de aislamiento social?	Muy Poco	1
	En parte	2
	En general sí	3

Para responder tanto a nuestro objetivo general como a los cuatro específicos, es necesario crear una categoría que abarque un análisis más complejo y enriquecido sobre el bienestar subjetivo. Esto justificado en la idea que plantea Diener (1994) y Ardila (2003) en donde el bienestar subjetivo correspondería a un cúmulo de aspectos encontrados en las percepciones de cada persona, tales como seguridad, expresión emocional y afectiva, entre otros; pues el eje central de esta investigación se enfoca en describir la relación entre los modos de afrontamiento y el bienestar subjetivo, abarcando la mayor cantidad de información posible dentro de los datos recabados.

Es por esto, que se creó la variable “Bienestar Subjetivo”, la cual incorpora las preguntas 1 (¿Le ha resultado difícil este período de aislamiento social?) y 2 (¿Ha notado que su ánimo ha disminuido durante este período de aislamiento social?).

La primera pregunta, relacionada a la percepción del estrés y el sometimiento constante a este, se encuentra inmersa en la dimensión cognitiva del bienestar subjetivo de cada individuo, es decir, en relación a la “satisfacción vital”, pues cada persona realizaría una valoración de su vida inserta en un contexto y en relación a sus metas (Diener, 1994); mientras que por otro lado, la segunda pregunta (¿Ha notado que su estado de ánimo ha disminuido durante este período de aislamiento social?), aborda el componente afectivo del bienestar subjetivo, pues indaga sobre los sentimientos y estado de ánimo en el período de aislamiento físico (Diener, 1994).

Para poder construir esta nueva variable, se decidió utilizar el valor completo asignado a la pregunta 2 (en su transformación a nivel ordinal), y la mitad del valor asignado en este mismo proceso a la pregunta 1, esto debido a que, en la creación del cuestionario, la segunda pregunta se encuentra en completa dirección hacia la concepción más medular del bienestar subjetivo, en donde prima la percepción y evaluación individual del “estar bien” (García-Viniegras y González, 2000), mientras que la primera pregunta no apunta a una valoración de la satisfacción vital en la globalidad de la vida de cada participante, sino más bien una valoración acotada al contexto de aislamiento y pandemia, y de cómo el estresor (aislamiento) influye directamente en esta percepción. Entendiendo que no toda la vida gira alrededor del contexto más inmediato, sino que existe una multiplicidad de factores apartes, que enriquecen la satisfacción vital.

La seguridad, la sensación de salud, la productividad, entre otros aspectos, pueden ser influenciados por un contexto novedoso e incierto, como lo es una pandemia mundial.

Es por esto que, si bien la magnitud del estresor resulta importante a la hora de medir el bienestar subjetivo de una persona, este concepto, al menos en esta batería de preguntas, no posee la misma preponderancia que la segunda pregunta que apunta directamente a la parte anímica de cada entrevistado.

Es por esto que se generó una fórmula simple para cuantificar la variable “Bienestar Subjetivo”, la cual sería el resultado numérico de:

$$BS: \left(\frac{1}{2} * P1\right) + P2$$

Es decir, la suma de la mitad del puntaje asignado a cada respuesta de la pregunta 1 y la totalidad del puntaje asignado según la respuesta correspondiente de la pregunta 2. Este número tomará valores $\geq 1,5$ y $\leq 4,5$.

Como última categoría creada para el análisis funcional de los datos, se ha generado una columna llamada “Modo Predominante”, la cual se creó en base a la suma de los valores numéricos ordinales asignados en la Tabla 8, para las preguntas 3 (¿Ha tenido que hacer cambios para enfrentar este período de aislamiento social?) y 4 (¿Diría usted que ha logrado aceptar con tranquilidad este período de aislamiento social?). Esta variable nos indicaría cuál de los dos modos de afrontamiento utiliza o se evidencia más en las respuestas de cada participante, pudiendo ser alguna de las cuatro opciones siguientes: “Predomina asimilación”, “Predomina acomodación”, “Predominan ambas” o “Ninguna predomina” (Tabla 9).

Los valores asignados para la pregunta 3 (cambios realizados), corresponden a números entre 1 y 4, siendo 1 asignado a “Muchos” indicando así mayores niveles de asimilación, mientras que el 4 se asignará a la respuesta “Pocos”, apuntando menores niveles de asimilación.

Por su lado, las respuestas de la pregunta 4 (aceptación con tranquilidad), comprenden números entre el 1 y el 3, asignándose el 1 a “Muy Poco” lo que indicaría menores niveles de acomodación, mientras que el 3 se destinará a “En general sí”, lo cual sería atribuible a mayores niveles de acomodación.

La función de la variable “Modo Predominante” es contrastar ambos modos dados por las respuestas de las preguntas 3 y 4, y asignarle solo una categoría a cada participante.

Primero se realizarán correlaciones bivariadas en SPSS y RStudio con las preguntas por separados, y posterior a esto, se realizará un análisis multifactorial en RStudio, donde se incluirán todas las variables disponibles (incluida la de Modo Predominante).

Tabla 9

Creación de categoría Modo predominante con preguntas 3 y 4.

¿Ha tenido que hacer cambios para enfrentar este período de aislamiento social?	¿Diría usted que ha logrado aceptar con tranquilidad este período de aislamiento social?	Modo Predominante
Muchos (1)	Muy poco (1)	Predomina Asimilación
	En parte (2)	Predomina Asimilación
	En general sí (3)	Predominan Ambos
Algunos (2)	Muy poco (1)	Predomina Asimilación
	En parte (2)	Predominan Ambos
	En general sí (3)	Predominan Ambos
Casi Ninguno (3)	Muy poco (1)	Ninguno predomina
	En parte (2)	Predomina Acomodación
	En general sí (3)	Predomina Acomodación
Ninguno (4)	Muy poco (1)	Ninguno predomina
	En parte (2)	Predomina Acomodación
	En general sí (3)	Predomina Acomodación

6. RESULTADOS

La siguiente tabla de frecuencias (Tabla 10) resume la cantidad de respuestas obtenidas para cada una de las cuatro preguntas cerradas, aplicadas a los participantes, previo a la agrupación de las dos nuevas variables, es decir, los datos concretos obtenidos de las entrevistas.

Tabla 10*Frecuencia de respuestas de preguntas cerradas.*

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Le ha resultado difícil este período de aislamiento social?	Muy difícil	16	11,9%
	Difícil	45	33,3%
	No tan difícil	74	54,8%
¿Ha notado que su ánimo ha disminuido durante este período?	Bastante	21	15,6%
	Algo	64	47,4%
	Nada o casi nada	50	37%
¿Ha tenido que hacer cambios para enfrentar este período de aislamiento social?	Muchos	15	11,1%
	Algunos	61	45,2%
	Casi ninguno	38	28,1%
	Ninguno	21	15,6%
¿Diría usted que ha logrado aceptar con tranquilidad este período?	Muy poco	17	12,6%
	En parte	32	23,7%
	En general sí	86	63,7%

Se obtuvo un total de 135 respuestas para cada una de las 4 preguntas, las cuales se desglosan en las Tablas desde la 11 a la 22 (Ver Anexos), según las tres variables sociodemográficas a utilizar para el análisis de esta investigación.

Una vez ingresada la base de datos en ambos programas utilizados RStudio y SPSS, se obtuvo que la muestra, en ninguna de sus variables, se distribuía de manera normal, es decir, se asocia a una dispersión menor de los datos, por lo que el análisis fue no paramétrico.

Tras trabajar los datos obtenidos, se realizó una Correlación Bivariada con coeficiente de correlación Rho de Spearman, en el programa SPSS.

Para efectos de esta investigación, la variable aludida como Bienestar subjetivo desde ahora, será la variable creada previamente con las respuestas obtenidas de las preguntas cerradas 1 y 2.

En cuanto al análisis cualitativo, se obtuvieron 92 entrevistas en las preguntas de carácter abierto. Para poder estudiar de mejor manera esta información recabada, se realizó un análisis de contenido, es decir, se levantaron categorías a partir de las respuestas que apuntaban a una misma temática.

Es importante mencionar que los aspectos que generaron más dificultad al momento de hablar de aislamiento físico en las personas entrevistadas, figuran aquellas en las cuales se restringen sus libertades de movimiento, categorizadas como “Sentirse atrapado/a, no poder salir o encierro”, “No poder ir a comprar/Perder independencia” y “No poder viajar/Salir de vacaciones”, dando cuenta de la importancia disruptiva que tiene el no poder salir libremente en el diario vivir de los participantes, lo que nos indicaría que el fenómeno del aislamiento físico, se construye por sí mismo como un estresor dentro de la vida de la población analizada.

En cuanto a esta categoría, se presenta a modo de ejemplo, la respuesta de la participante de 83 años, quien narra:

No me gusta mucho estar encerrada, como yo soy sociable, me gusta conversar. Y yo iba a un taller, y estaba acostumbrada con mis compañeras, que conversamos, tomamos desayuno...había una psicóloga que hacía clases, y ahora todo eso ya no lo puedo hacer (Participante 33).

Por otro lado, aquellas categorizaciones que representan el contacto social, también se destacan por su recurrente aparición en los testimonios de los entrevistados. Un participante de 76 años nos comenta que lo más difícil de este período ha sido “Perder contacto con la gente que quiero. Con mis familiares (...) por ejemplo, murió un hermano mío y no pude ir, murió una cuñada el otro día y tampoco pude ir” (Participante 141).

Otras categorías destacadas en las respuestas fueron las relacionadas a las temáticas de realización de trámites, como “No poder ir al médico, no recibir medicamentos o enfermarse”, “Tener que sacar permiso” o “No poder hacer las compras o acciones relacionadas a la fuente laboral”.

6.1 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR SUBJETIVO

Como muestra la Tabla 23, en un análisis preliminar en el programa SPSS con las respuestas a las preguntas de asimilación y acomodación, y el bienestar subjetivo, la significancia -Sig. (bilateral)-, muestra que sí existe una correlación entre el valor obtenido

de la variable bienestar subjetivo y las preguntas 3 y 4, es decir, con los modos de afrontamiento de asimilación (0.033) y acomodación (0.000) respectivamente, demostrando preliminarmente que si bien, ambas son estadísticamente significativas, es la segunda correlación la que muestra una mayor fuerza. Este análisis, como ya se mencionó, fue dado por los resultados de ambas preguntas (3 y 4) por separado, sin la mediación aún de la variable creada como “Modo Predominante”.

Tabla 23

Correlaciones Bivariadas entre bienestar subjetivo, variables continuas y modos de afrontamiento no agrupados

Bienestar subjetivo	N	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Asimilación (preg.3)	135	0,183*	0,033
Acomodación (preg.4)	135	0,512**	0,000
Edad	133	0,074	0,397
Años de Escolaridad	132	-0,027	0,754

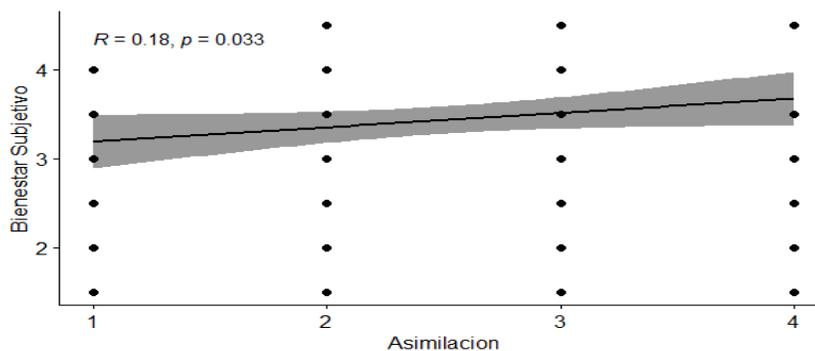
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con los datos y gráficos obtenidos del programa RStudio, podemos evidenciar que sí existe una correlación significativa y explícita entre el modo de Asimilación y el bienestar subjetivo, arrojando un $p:0,033$ y un $R:0,18$, que si bien indican esta correlación, también demuestra que existe una dispersión importante entre los datos, es decir, a pesar de que existe la correlación entre ambas variables, podemos encontrar participantes que, por ejemplo, presenten mayores niveles de Asimilación y bajos niveles de Bienestar (Figura 1).

Figura 1

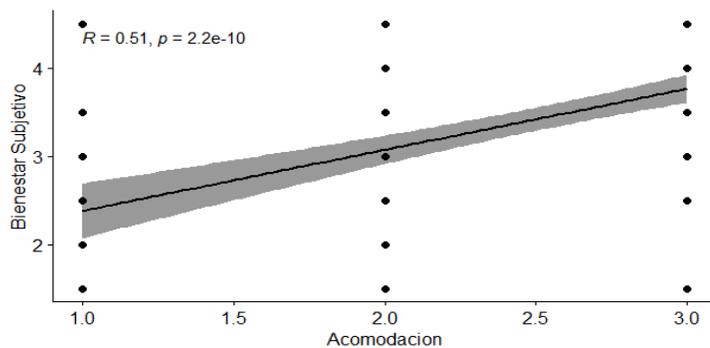
Correlación entre Asimilación y Bienestar subjetivo



En cuanto al modo de afrontamiento Acomodación, también presenta una tendencia significativa y explícita en cuanto a la correlación con el bienestar subjetivo, pero ésta se presenta en un grado aún mayor que el anterior, indicando números de $p:2,2e-10$ (0,00000000022) y $R:0,51$. Lo que evidencia que, si bien aún hay una gran dispersión de datos, estos sí se condecirían más probablemente con la línea de tendencia central (Figura 2).

Figura 2

Correlación entre Acomodación y Bienestar subjetivo



Entre las acciones que más se destacan, para combatir las consecuencias del aislamiento entre los participantes, destacan acciones compensatorias tales como la utilización del internet o dispositivos celulares para mantener el contacto con seres queridos, realizar otras actividades que nunca antes habían hecho para entretenerse, tales como sopas de letras, ejercicio, cocinar, etc.

Ejemplo de esto son las participantes 6 y 143 quienes comentan que “le hago pelea, ando inventando haciendo algunos tejidos, aunque me demore, hago y deshago” y “he tratado de llamarnos por video, comunicarnos las novedades de uno o de otro” respectivamente.

Para realizar una descripción más enriquecida de la relación entre modos de afrontamiento y bienestar subjetivo, se utilizó para el siguiente análisis, la variable creada previamente “Modo predominante” (Tabla 9), para analizar las diferencias que puedan existir según las respuestas de los participantes con el bienestar subjetivo. Los resultados se encuentran tanto por la Figura 3 y la Tabla 24.

Tras el análisis de Kruskal-Wallis entre Bienestar y los Mecanismos Predominantes, arrojó una significancia de $4,4e-7$ (0,00000044) que indica que sí existe una correlación significativa al analizar la totalidad de los grupos con la variable bienestar subjetivo, por lo que se realizó la prueba de Dunn para determinar qué grupos entre sí, relacionados con el Bienestar, diferían y ejercían mayor influencia.

Se realizaron 6 comparaciones, o diferencias pareadas (Tabla 24) donde dos de ellas no indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre sí, es decir con un p-valor mayor a 0,05: (1) Acomodación y Ambos, indicando un p-valor de 0,692, y (2) Asimilación y Ninguna, indicando un p-valor de 0,56.

Por otro lado, dos comparaciones presentaron diferencias significativas entre sí, es decir, un p-valor menor a 0,05: (1) Acomodación y Ninguna con p-valor de 0,00236, y (2) Ambas y Ninguna con un p-valor de 0,00377 (Tabla 25).

Por último, también se presentan diferencias significativas entre dos comparaciones, pero a diferencia de las anteriores, estas evidenciarían una correlación más fuerte, las cuales serían entre: (1) Acomodación y Asimilación, con un p-valor de 0,00000153 y (2) Ambas y Asimilación, con un p-valor de 0,00000588 (Tabla 24).

Figura 3

Test de Dunn: Diferencias pareadas entre Modos de Afrontamiento preponderantes.

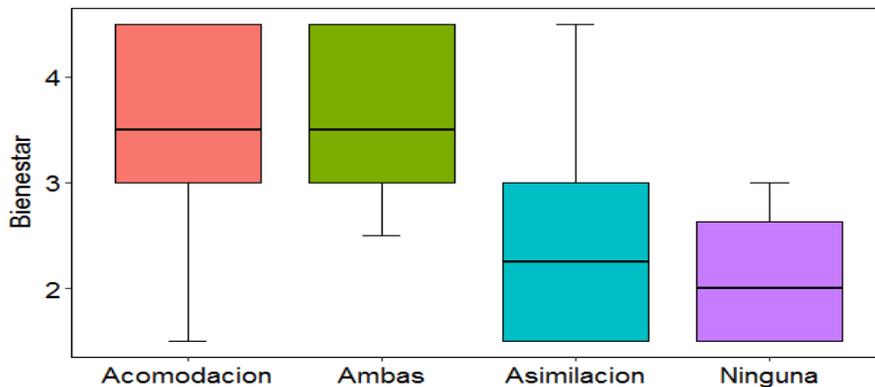


Tabla 24*Test de Dunn entre Bienestar y Modos de Afrontamiento Predominantes*

.y.	Grupo 1	Grupo 2	N1	N2	Estadísticas	P	P ajustado	Significancia
Bienestar	Acomodación	Ambas	55	46	-0.396	0.692	1e+0	Ns
Bienestar	Acomodación	Asimilación	55	30	-4.81	0.00000153	0.00000917	***
Bienestar	Acomodación	Ninguna	55	4	-3.04	0.00236	0.00945	**
Bienestar	Ambas	Asimilación	46	30	-4.53	0.00000588	0.0000294	***
Bienestar	Ambas	Ninguna	46	4	-2.90	0.00377	0.0113	**
Bienestar	Asimilación	Ninguna	30	4	-0.583	0.560	1e+0	Ns

Tras estos análisis, es posible evidenciar una relación estadísticamente significativa entre ambos modos de afrontamiento, por separado, y el bienestar subjetivo, marcando una tendencia más marcada si se observa la relación entre la acomodación y el bienestar subjetivo, si se compara con la existente entre la asimilación y el bienestar subjetivo.

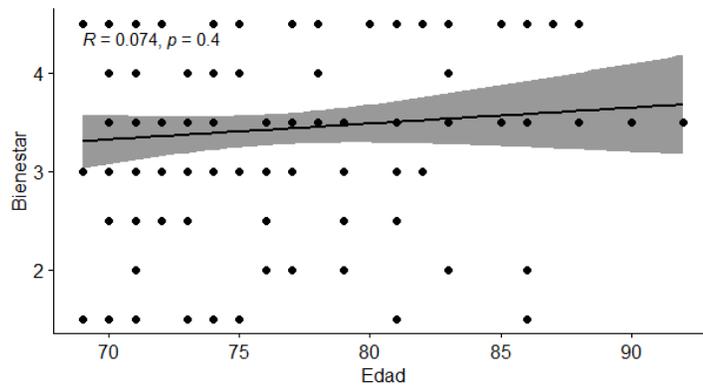
6.2 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR SUBJETIVO, MEDIADA POR LA EDAD

Ahora bien, como se ha descrito en los antecedentes de la presente investigación es que se realizaron análisis de datos para evidenciar de qué forma incidieron las variables sociodemográficas (edad, años y grado de escolaridad y sexo) sobre la relación entre bienestar subjetivo y modos de afrontamiento. Para esto, se realizó inicialmente un acercamiento y análisis de cómo estas tres variables se relacionaban solamente con el bienestar subjetivo, y posteriormente, se realizó el análisis descrito al inicio de este apartado. Se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a la correlación entre la variable edad y bienestar subjetivo, para evidenciar si existe o no una relación entre estas dos variables, sin considerar qué modo de afrontamiento utilizan las personas, los resultados preliminares en SPSS indican que no existiría una correlación directa entre sí, pues se indica un p-valor: 0,397 (Tabla 23). Mientras que en RStudio, se obtuvo como resultados un p-valor: 0,4 y R: 0,074. El coeficiente de Correlación de Pearson ("R") es más cercano a 0 que a 1, por lo que indica que la correlación no existe (Figura 4).

Figura 4

Correlación entre edad y Bienestar subjetivo.



Ahora bien, con un modelo lineal, para poder analizar la variable de la edad como mediadora de la relación entre los modos de afrontamiento predominantes y el bienestar subjetivo, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 25).

Tabla 25

Correlación entre bienestar subjetivo y modos de afrontamiento predominantes, mediados por la edad.

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	7.30446	6.06218	1.205	0.231
Modo: Acomodación	-5.57489	6.25441	-0.891	0.374
Modo: Asimilación	-4.02418	6.77404	-0.594	0.554
Modo: Ambas	-5.04986	6.25677	-0.807	0.421
Edad	-0.06683	0.07806	-0.856	0.394
Modo: Acomodación – Edad	0.09214	0.08063	1.143	0.255
Modo: Asimilación – Edad	0.05587	0.08764	0.638	0.525
Modo: Ambas – Edad	0.08510	0.08063	1.055	0.293

La tabla 25, recién presentada, nos indica que, la edad no se presenta como una variable mediadora estadísticamente significativa en la relación del bienestar subjetivo y los modos de afrontamiento preponderantes.

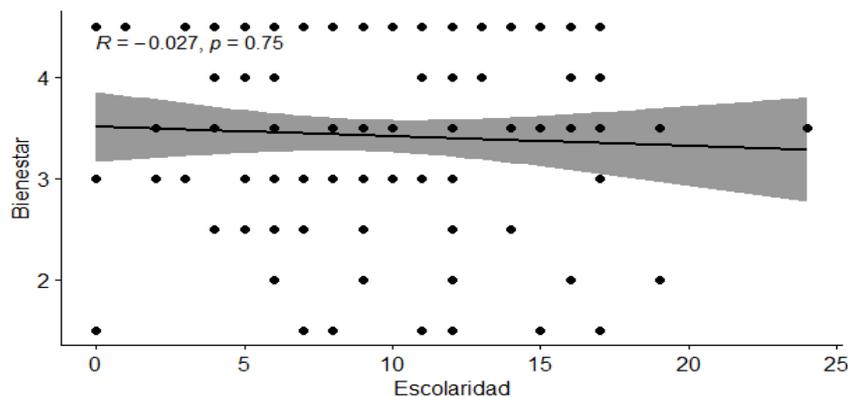
6.3 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR SUBJETIVO, MEDIADOS POR LOS AÑOS DE ESCOLARIDAD

En cuanto a la relación entre los años de escolaridad de los participantes y el bienestar subjetivo, los resultados iniciales en SPSS indicaron un p-valor de 0,754, lo cual daría cuenta de la inexistencia de correlación entre sí (Tabla 23).

Esta información es corroborada en RStudio con resultados de un p-valor: 0,75 y un R: -0,027, indicando de que, al menos en esta muestra no existe la suficiente información para decir que ambas variables se correlacionan entre sí (Figura 5).

Figura 5

Correlación entre años de escolaridad y Bienestar



Ahora bien, y como nuestro tercer objetivo específico apunta a la relación existente entre los modos de afrontamiento y el bienestar subjetivo mediados por el grado de escolaridad de los participantes, y no al continuo de años escolares cursados, se realizó la Prueba de Kruskal Wallis, para verificar si existe o no correlación entre las categorías (primaria, secundaria y superior) y el bienestar.

Si bien se puede apreciar en la primera correlación un p-valor de 0,0476, al realizar las correcciones con el p-valor ajustado, esta diferencia estadística se pierde, arrojando un

resultado de 0,143, indicando en resumen que no existen diferencias significativas entre esta variable al compararla con el bienestar subjetivo (Tabla 26). Es por esto, que no resulta necesario realizar el Test de Dunn para ver diferencias entre pares.

Tabla 26

Correlación entre grado escolar y Bienestar subjetivo.

.y.	Grupo 1	Grupo 2	N1	N2	Estadísticas	P	P ajustado	Significancia
Bienestar	Primaria	Secundaria	66	39	-1.98	0.0476*	0.143	Ns
Bienestar	Primaria	Superior	66	27	0.297	0.766	0.766	Ns
Bienestar	Secundaria	Superior	39	27	1.87	0.0616	0.143	Ns

En cuanto al análisis de la relación bienestar subjetivo-modos predominantes de afrontamiento, mediado por el grado de escolaridad de los participantes, con un modelo lineal, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 27).

Tabla 27

Correlación entre bienestar subjetivo y modos de afrontamiento predominantes, mediados por el grado de escolaridad.

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	2.0000	0.5383	3.716	0.000309 ***
Modo: Acomodación	1.9231	0.5586	3.443	0.000793 ***
Modo: Asimilación	0.6111	0.5951	1.027	0.306497
Modo: Ambas	1.5862	0.5565	2.850	0.005143 **
Grado: Secundaria	-0.5000	0.9323	-0.536	0.592729
Grado: Superior	1.0000	0.9323	1.07	0.285584
Modo: Acomodación – Grado: Secundaria	-0.1584	0.9620	-0.165	0.869519
Modo: Asimilación – Grado: Secundaria	0.4514	1.0030	0.450	0.653485
Modo: Ambas – Grado: Secundaria	0.4138	0.9663	0.428	0.669248
Modo: Acomodación – Grado: Superior	-1.3120	0.9777	-1.342	0.182145
Modo: Asimilación – Grado: Superior	-1.9444	1.0614	-1.832	0.069448 .
Modo: Ambas – Grado: Superior	-0.6576	0.9646	-0.682	0.496711

La tabla 27, nos indica que, el grado de escolaridad no se presenta como mediadora estadísticamente significativa en la relación del bienestar subjetivo y los modos de afrontamiento preponderantes.

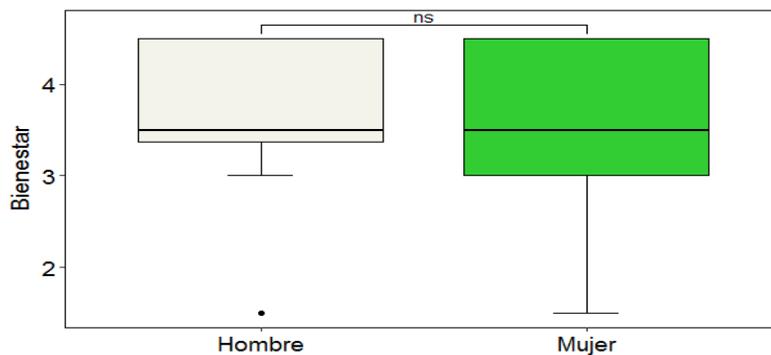
6.4 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR SUBJETIVO, MEDIADOS POR EL SEXO

En cuanto a la última correlación dada por los objetivos específicos entre las variables categóricas sexo y bienestar subjetivo, se utilizó la Prueba de los Rangos con signo de Wilcoxon en el programa RStudio, arrojando la cifra de un $p: 0,12$ (Figura 6) indicando que no existe una correlación estadísticamente significativa entre bienestar y ambos sexos.

El presente análisis para esta variable sociodemográfica, como ya se mencionó previamente, tuvo dificultades metodológicas por la disparidad de entrevistados en cada categoría de sexo, por lo que se decidió realizar un análisis intragrupal, con las distintas categorías de los modos predominantes de afrontamiento, es decir, se comparó solo el grupo de mujeres entre sí según su modo predominante, y por otro lado, se realizó el mismo proceso con los hombres.

Figura 6

Correlación entre sexo y bienestar subjetivo



En cuanto al análisis de la relación bienestar subjetivo-modos predominantes de afrontamiento, mediado por el sexo de los participantes, con un modelo lineal, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 28).

Tabla 28

Correlación entre bienestar subjetivo y modos de afrontamiento predominantes, mediados por el sexo.

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	1.5000	0.7555	1.985	0.04926 *
Modo: Acomodación	2.5000	0.7964	3.139	0.00211 **
Modo: Asimilación	2.0000	0.8447	2.368	0.01941 *
Modo: Ambas	2.3333	0.8161	2.859	0.00497 **
Sexo: Mujer	0.8333	0.8724	0.955	0.34129
Modo: Acomodación - Sexo: Mujer	-1.2464	0.9148	-1.362	0.17548
Modo: Asimilación – Sexo: Mujer	-2.1458	0.9693	-2.214	0.02862 *
Modo: Ambas – Sexo: Mujer	-1.0367	0.9315	-1.113	0.26784

La tabla 28 si muestra, a diferencia de las otras dos variables (edad y grado de escolaridad), una diferencia del bienestar subjetivo según el sexo-mujer, para el modo predominante de asimilación, es decir, aquellas mujeres que asimilan, en vez de utilizar otros modos de afrontamiento, no perciben una mejora en su bienestar subjetivo, como sí lo hacen las mujeres con los otros modos predominantes.

Por último, dentro del análisis cuantitativo, se realizó un análisis bajo modelo lineal con todas las variables, para evidenciar cuál de estas era estadísticamente significativa en cuanto a la correlación que tenían con el bienestar subjetivo. La Tabla 29 indica significancias relevantes entre el modo acomodativo y el bienestar subjetivo, y el sexo mujer y el bienestar subjetivo.

Al indagar si estos dos factores (acomodación y mujer) actuaban de manera importante por separado o en conjunto sobre el bienestar subjetivo, los resultados arrojaron que solo se correlacionaban de manera independiente, es decir, cada uno actuaba por separado sobre el bienestar subjetivo. Siendo la significancia entre acomodación y bienestar subjetiva positiva, es decir, a mayor acomodación existiría un mayor nivel de bienestar subjetivo, mientras que la correlación entre sexo mujer y el bienestar subjetivo sería negativa, es decir, el sexo mujer estaría relacionado con un menor bienestar subjetivo.

Tabla 29*Análisis lineal de las variables expuestas*

	Estimate	Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	0.87519	1.02342	0.855	0.394
Acomodación	0.67819	0.09421	7.198	4.99e-11 ***
Asimilación	0.09656	0.07417	1.302	0.195
Sexo Mujer	-0.49202	0.19310	-2.548	0.012 *
Edad	0.01463	0.01278	1.145	0.254
Grado Secundaria	-0.23806	0.15433	-1.543	0.125
Grado Superior	-0.02158	0.17335	-0.125	0.901

En cuanto a las preguntas abiertas relacionadas a la compañía (pregunta 4), a los ingresos (pregunta 5) y a los medicamentos (pregunta 6), si bien, éstas tienen relación a la dimensión objetiva del bienestar y no directamente a la subjetiva, como lo es el tema central de nuestra investigación, estas variables contextuales sí influyen en la percepción y subjetividad de la calidad de vida del individuo, es decir, la compañía, y la sensación de ésta, la estabilidad económica y el resguardo de medicamentos básicos para la atención de la propia salud, puede influir en cómo la persona afronta una situación disruptiva (Ardila, 2003). Esto lo podemos plasmar en el comentario de la participante de 81 años, quien comenta que esto “me hace más fácil la vejez, estoy en realidad diría viviendo una vejez digna, una vejez tranquila” (Participante 139).

Por su parte, en cuanto a la compañía y si se mantienen viviendo con las mismas personas, la gran mayoría de los participantes reportan seguir viviendo con las mismas personas que previamente a la pandemia, y sentirse acompañados por ellos.

Por otro lado, también gran parte de la población encuestada reporta no haber tenido cambios económicos, o bien, haberlos tenido, pero no haber sufrido las consecuencias gracias a los beneficios estatales.

En cuanto a la pregunta relacionada a la obtención de sus medicamentos, un grupo importante de los entrevistados informa que los recibe en su domicilio, sin necesidad de ir al centro médico que se los administra, ya sea por el personal del recinto de salud o grupo de adulto mayor comunal, debido a su edad, tipo de enfermedad o por terceros cercanos quienes les ayudan. Esto genera gratitud y tranquilidad en los entrevistados, ya que así no tenían que preocuparse, al menos, de este tema.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras esta revisión bibliográfica y los análisis de los datos obtenidos dentro de la muestra de participantes entregados por GERO, es posible comprender de mejor manera cómo los Modos de Afrontamiento son factor importante a la hora de comprender el bienestar subjetivo de las personas mayores insertas en un contexto que si bien no es nuevo para la civilización, si lo es para la mayoría de las generaciones actuales.

Se ha evidenciado, primero que todo, que el contexto actual de pandemia, aislamiento físico, restricciones y cambios, es visto como una situación estresante y comprende los factores mencionados para ser un estresor, en varios participantes de las entrevistas. Esto coincidiendo con lo que plantean Brandtstädter y Rothermund (2002), pues existe una discrepancia y distancia entre las metas y el contexto que se está desarrollando, produciéndose cambios disruptivos en la cotidianidad.

Evidencia de esto, es lo que plantea una entrevistada de 75 años, quien comenta “Me siento incómoda, porque yo..., me gustaba salir a los ejercicios, echo de menos salir a comprar, ahora no salgo ya, sale mi hijo” (Participante 53). Viendo sus rutinas alteradas, obligándola a tomar acciones ante dichas limitaciones.

Por otro lado, es posible comprender este estresor bajo ciertos factores que lo componen, como la preocupación, el miedo y la hipervigilancia, enmarcado en un estado ansioso (Macías, et al, 2013). Las participantes de 82 años (Participante 91) y 71 años (Participante 239) apuntan a estos conceptos indicando que “sí ha sido difícil (..) estoy preocupada por lo que se comenta, por lo que se ve en la tele, en otros países (...) entonces todo eso a que una la sugestiona” y “Entonces nosotros con mi marido, que éramos adultos mayores teníamos miedo, porque a nosotros nos da, nos morimos, decíamos nosotros”, respectivamente.

En estas líneas es posible analizar lo que Lazarus y Folkman (1986) plantearon como la “Triada Básica” expuesta en los antecedentes, pues este contexto representa una amenaza constante a la salud y al contagio, una pérdida de autonomía y actividades y un daño físico y psicológico asociado al miedo. También es posible comprender los factores no deducibles, pues no se tiene certeza de cuándo esta situación terminará, o al menos mejorará y se produce un desafío para la persona el cuidarse y para las organizaciones gubernamentales frenar la situación, esto sumado al exceso de información existente (Mc Grae, 1984, citado en Fierro, 1997). Estos factores se pueden evidenciar en el discurso la

participante de 72 años, quien plantea que "(...) He dormido mal la verdad, porque estoy como angustiada también, por toda la situación, el futuro, qué va a pasar (...) Eso ya me cansó, ya no soporto, no, no, no, no, no puedo" (Participante 117).

En cuanto a los modos de afrontamiento utilizados por las personas participantes de este estudio, se ha podido evidenciar la utilización de ambos a la hora de hacerle frente al contexto complejo en el que se están desarrollando. Si bien, en los relatos no se evidenciaron muchas actividades asimilativas de carácter "autocorrectoras e instrumentales", es decir aquellas enfocadas en perseguir la meta hasta conseguirla, si encontramos participantes que, a pesar de todas las indicaciones de mantener cuidados y resguardos en casa, salían para realizar diligencias. Tales son los casos de las participantes participante 285 quien comenta que "La verdad es que yo igual salgo, con o sin permiso, voy a la feria o a comprar algo. No me limito" (70 años), participante 135 "Sí, a veces me dan unas ganas locas de salir. Pesco el carro y voy al supermercado" (76 años) y participante 11 quien comenta que sigue saliendo *clandestinamente*, a pesar de que esto le genera un desgaste, pues "llego cansado de una diligencia, porque la intención de que lo van a controlar, lo va a retar, o le va a pasar cualquier cosa, entonces es incómodo" (76 años). No provocando en ellos ningún cambio conductual para poder buscar otros objetivos o formas de cumplir con sus propósitos.

Por otro lado, en este mismo modo, encontramos las actividades "compensatorias" que, como se plantearon anteriormente, cobran mayor relevancia en este rango etario, e incluso en este tipo de contextos, donde las restricciones de desplazamiento son bastantes. Un ejemplo de estos medios para mitigar consecuencias negativas en objetivos que son difícil de modificar o ajustar, o que provocarían grandes pérdidas, es el uso de artefactos electrónicos para mantener el contacto con seres queridos que están a la distancia. Si bien, los entrevistados reportan que no es lo mismo que el contacto físico, sí ayuda de gran manera para demostrar preocupación y cariño. Tales son los casos de las participantes 8, de 76 años quien, al estar lejos de sus amigas del club, mantiene contacto vía telefónica todos los días. "Esas abuelitas me llaman casi todos los días. Si no es una, es la otra, entonces estamos en contacto, que mi mente está ocupadita con mis abuelitas", participante 148, de 83 años, quien comenta "mantengo el grupo (de amigas del club y gimnasia) más o menos unido a través de WhatsApp" y participante 121, de 73 años, que cuenta que el contexto ha sido "complicado igual por la parte emotiva, porque no puedo ver

a mi hijo, mis nietos... Los veo por videollamadas solamente” indicando que hasta el momento sí le ha resultado y ayudado.

Por otro lado, encontramos también ejemplos de participantes que han adoptado un modo más acomodativo al momento de afrontar la situación contextual. Por ejemplo, la entrevistada participante 8 plantea que, al no poder asistir con normalidad a gimnasia a su Centro del Adulto Mayor con sus amigas, para poder mantenerse activa y distraída, invita a su arrendataria (quien vive en la casa de adelante, dentro del mismo terreno) y “viene para acá, hace ejercicio conmigo, teje, jugamos al dominó. Nos entretenemos todos, todos los días, las dos”, y de esta forma modifica su objetivo de recreación exterior, que tenía previo a la pandemia, flexibilizando y transformando la meta inicial (hacer ejercicio con su grupo de amigas) al contexto actual valorando la importancia y convirtiéndolo en uno más realista (Brandtstädter Rothermund, 2002; Iacub, 2011).

Brandtstädter (1999) plantea que el uso de actividades acomodativas genera en la persona una sensación donde se retoma el control perdido al inicio de la crisis, pues estas nuevas metas o actividades que sustituyen, o hacen más factibles en el contexto actual los objetivos previos, resultan ser más manejables, generando también la percepción de flexibilidad y confianza ante las adversidades. Una participante de 83 años, nos plantea que

No me gusta mucho estar encerrada, como yo soy sociable, me gusta conversar...Aquí me dedico a hacer cosas, me pongo a pintar, me pongo a hacer sopa de letras (...) ya aprendí la mecánica y ya ahora me gusta más, me distraigo así (Participante 33).

En cuanto a los análisis cuantitativos, es posible comprender la incidencia que poseen ambos modos, asimilación y acomodación, sobre el bienestar subjetivo, concepto enmarcado en la calidad de vida. Si bien ambos modos mostraron poseer una correlación estadísticamente significativa con el bienestar subjetivo, el análisis muestra una gran diferencia a la hora de verlas por separado, pues como plantean autores como Joseph y Linley (2006) y Sumalla et al. (2009) el modo acomodativo es donde se producen los cambios más significativos para enfrentarnos al mundo, por lo tanto, estaría ligado a un mayor crecimiento personal y adaptativo, sobre todo en circunstancias en las cuales el estresor es inmanejable por una sola persona, y requiere un accionar grupal, o como en este caso, mundial.

Ahora bien, si nos enfocamos en el análisis de “Modos predominantes” realizado, podemos encontrar que aquellas personas que utilizan ambos modos de afrontamiento ante el estresor, presentan altos niveles de bienestar subjetivo, si lo comparamos con aquellos que utilizan un modo predominante asimilativo, o ninguno de manera preponderante. Si contrastamos aquellas personas que manifiestan el uso de ambos modos con aquellos que utilizan la acomodación como modo predominante, no se encuentran diferencias significativas entre sí.

Como se planteó anteriormente, ambos procesos no son “puros” ni “secuenciales”, es decir, trabajan en conjunto cuando se trata de afrontar situaciones nuevas, desconocidas, e incluso estresantes, por lo que la utilización de ambas podría ayudar a expresar y procesar la situación vivida, y, por otro lado, poder llevarla de mejor manera tras un conocimiento de las variables contextuales (Ochoa y Casellas-Grau, 2017).

En los discursos, podemos evidenciar cómo este proceso dual (Brandtstädter y Rothermund, 2002) se da dentro de un mismo evento estresante, en un continuo desde la asimilación hacia la acomodación, en momentos del inicio de la crisis hasta el desarrollo y desenvolvimiento de ésta, respectivamente (Ochoa y Casellas-Grau, 2017). Por ejemplo, el participante 163 de 79 años comenta que en un inicio “nos afligimos un poquito y fuimos más tupidito al supermercado (...) Así que por eso yo me afligí la primera vez, ya después haciendo una vida normal con mi esposa y la otra señora que vive con nosotros”, llegando a una etapa de habituación y acomodación del contexto.

En cuanto a las variables sociodemográficas que se analizaron, respecto al segundo objetivo específico, sobre la influencia de la edad, como continuo, en la relación entre el bienestar subjetivo y los modos de afrontamiento predominantes de los participantes, no se encontró evidencia suficiente para indicar una correlación estadísticamente significativa, en donde esta variable (edad) actúe como mediadora.

Explicación a esto podría ser lo mencionado en los antecedentes como “La paradoja del envejecimiento”, pues indistintamente de las pequeñas diferencias etarias que existen, todos los entrevistados pertenecen a un mismo grupo y una misma etapa del ciclo vital: la vejez; que si bien, se ha dicho ya que es el más heterogéneo de la población (Ocampo y Londoño, 2007), sí coinciden con una serie de pérdidas asociadas a esta etapa. Sin embargo, se reportan niveles adecuados de bienestar y, a pesar de las dificultades que se presentan a lo largo de su vida, logran afrontar de manera óptima estas vicisitudes

(Fernández-Ballesteros, 2004). A futuro una interrogante a trabajar podría ser un análisis intergeneracional y observar posibles diferencias y similitudes entre grupos.

En cuanto al tercer objetivo específico, sobre la variable de años de escolaridad, sucede algo similar, pues, con los resultados podemos dar cuenta que no existe evidencia suficiente para hablar de una correlación estadísticamente significativa entre más o menos años de escolaridad con la relación del bienestar subjetivo y los modos de afrontamiento de los participantes, ya sea como continuo o al categorizar la variable en “grados de escolaridad”, es decir, indistintamente sus años de enseñanza escolar no se evidenciaron comportamientos distintos entre el bienestar subjetivo y los distintos modos de afrontamiento desplegados por cada participante.

A pesar de esto, si nos detenemos en la Figura 3, podemos ver una leve tendencia a una correlación negativa (no estadísticamente significativa), es decir, a menor cantidad de escolaridad, podría existir un menor nivel de bienestar subjetivo.

En cuanto a la última variable relacionada con el último objetivo específico de este texto, la relacionada al sexo de los entrevistados, sí se reconoce un efecto del sexo-mujer sobre la relación entre el modo de afrontamiento de asimilación y el bienestar subjetivo, de manera negativa, es decir, las mujeres de la presente muestra que reportan mayores niveles de asimilación, perciben menores niveles de bienestar subjetivo, si se comparan con las mujeres que utilizan los otros modos de afrontamiento. Para los otros modos (ninguno, ambos y acomodación) en relación al bienestar subjetivo, no es posible evidenciar diferencias en ninguno de los sexos.

Una posible interpretación recabada en la literatura, en cuanto a la correlación negativa entre mujer y bienestar subjetivo, es la que comprende la “Hipótesis de la tendencia de respuesta” de Mirowsky y Ross (1996, citado en Satorres, 2013) quienes se basan en una mayor expresividad emocional en mujeres que en es, por lo que no sería que las mujeres presenten un menor bienestar, sino más bien expresan más sus emociones, sobre todo si son negativas, lo cual podría verse reflejado a la hora de responder cuestionarios.

8. LIMITACIONES Y PROYECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Como toda investigación previa, sus conclusiones deben ser entendidas y enmarcadas como resultado de una cohorte específica dada en un contexto particular, no siendo esta memoria la excepción de aquello.

En todas las etapas de esta investigación fue posible encontrar limitaciones que pueden ser recogidas por futuras/os investigadores para próximos análisis, y de esta manera nutrir aún más este campo del conocimiento y de la práctica de la Psicología, pues de esta manera aquello que se vería beneficiado es más que solo esta área, sino que es este grupo de la población, que va creciendo cada vez más, y que un mayor entendimiento de su funcionalidad, trabajo y salud, generará mayores niveles de bienestar, calidad de vida, salud, felicidad y tantas otras cosas, que harán de este un mejor lugar para desarrollarse como personas.

Dentro del trabajo de recolección de datos, es posible evidenciar que son un grupo sociodemográficamente con tendencia a la homogeneidad. Esto, como ya se planteó es debido a que es una cohorte que previamente participaba con GERO siendo la comuna de Macul la que tiene la mayor cantidad de entrevistados, correspondiendo a casi un 53% del total, mientras que tres de las cuatro comunas restantes se sitúan en el sector Nororiente de la Capital de nuestro país (Ñuñoa, Providencia y La Reina), por lo que extrapolar de manera ciega y sin contrastarlos con datos más cercanos a las poblaciones requeridas podría generar grandes errores a la hora de implementar políticas, actividades o programas. Por otro lado, tenía también una tendencia en una variable sociodemográfica muy marcada, la cual es el sexo mujer, impidiendo realizar un análisis y comparación intergrupar, evidenciar similitudes o diferencias, y solo permitiendo analizar ambos grupos por separado.

Por otro lado, y como también fue mencionado en el marco metodológico, las entrevistas fueron en su totalidad realizadas de manera telefónica, lo que podría entenderse también como una brecha tecnológica con quienes o no contaban con dispositivo telefónico en sus hogares, o bien no manejaban de buena manera estos dispositivos, por lo que algunas entrevistas debieron ser descartadas de la base de datos, ya que, o no se escuchaban las respuestas o los entrevistados no se encontraban con compañía para poder contestar en el momento de la llamada, pues no sabían cómo hacerlo, o cortaban de manera indeseada la comunicación. Esta situación sesgaría en parte los resultados pues, si bien no se puede aseverar que quienes participaban contaban con algunos, o grandes conocimientos tecnológicos, sí al menos contaban con este servicio y nociones básicas, o, por el contrario, se encontraban en compañía de alguien dentro del mismo domicilio que lo ayudara, para poder ser contactados, lo cual no representaría la heterogeneidad ni de esta población, ni de la población total del país.

Por otro lado, otra limitación de la muestra obtenida, es su procedencia y la temporalidad, es decir, primero solo podría compararse con la población mayor no institucionalizada, ya sea por temas de salud (Internada en hospitales, ELEAM, centros psiquiátricos u otros) o por temas conductuales (cárcel, penitenciarías, etc.); mientras que, por otro lado, son datos recabados el primer y segundo año de pandemia, pudiendo distar los resultados de las entrevistas en los años siguientes insertos en este contexto.

Por último, esperamos que la información aquí recabada, tanto la utilizada como la puesta a disposición que no fue incluida que se encuentra en anexos, sus análisis y resultados, sirvan para el entendimiento, conocimiento y creación de proyectos para fortalecer y mejorar la calidad de vida de las personas mayores de este país pues, como generaciones más jóvenes aún podemos aportarles y construir una mejor calidad de vida.

Resultaría muy relevante la creación de programas para implementar en centros de Personas Mayores, Municipalidades, SENAMA, y todo aquél lugar que reúna a la población, para conocer sobre los Modos de Afrontamiento, potenciar aquellos que han demostrado tener mejores resultados a la hora de enfrentar una crisis o suceso extraordinario, como lo es la utilización de la Acomodación, y estrategias asociadas a éste, aún más cuando el evento estresor analizado, como la pandemia, ha seguido alterando la cotidianeidad de las personas, con amenaza y miedo constante ante la salud, relaciones sociales y afectivas, trabajo, economía, y la mayoría de los aspectos de la vida.

El conocer esta información podría complementar los esfuerzos de los profesionales de la salud, especialmente del área de la salud mental, para combatir y reducir niveles de estrés, angustia, miedo y cuadros clínicos más graves.

9. REFERENCIAS:

Álvarez-Hernández, G. y Delgado-DelaMora, J. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 32, 26-34 (<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>)

Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well- Being: Americans Perceptions of Life Quality*. Nueva York: Plenum Press

Arden, J. (2002). *Surviving job stress: How to overcome workday pressures*. Franklin Lakes. New York: Career Press Incorporated.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una visión integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.

Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15, 121-126.

Arnold, M., Massad, C., Herrera, F. y Thumala, D. (2018). Quinta Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile: Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. Santiago.

Bauer, R. (1966). *Social indicators*. Cambridge: M.I.T. Press.

Berra, E., Muñoz, S., Vega, C., Silva, A. y Gómez, G. (2014) Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16, 37-57.

Birren, J. (1994). *Consumer decision making and age: maintaining resources and independence*. Philadelphia: University of Pennsylvania.

Bowling, A. (1988-89). Who dies after widow(er) hood? A discriminant analysis. *Omega: Journal of Death and Dying*, 19(2), 135-153.

Brandtstädter, J. (2009). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research*, 14, 52-62.

Brandtstädter, J., y Greve, W. (1994). Theaging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.

Brandtstädter, J., y Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58–67.

Brandtstädter, J. y Rothermund, K. (2002). The Life-Course Dynamics of Goal Pursuit and Goal Adjustment: A Two-Process Framework. *Developmental Review*, 22, 117–150.

Brandtstädter, J., Wentura, D. y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349.

Brody, L. (1999). *Género, emoción y familia*. Prensa de la Universidad de Harvard, Cambridge.

Cartensen, L., Mikels, J. & Mather, M. (2006). Aging and the Intersection of Cognition, Motivation and Emotion. En: J. Birren & W. Schaie (Eds), *Handbook of the Psychology of Aging*, 343-362.

Clemente, A., Tartaglini, M, y Stefani, D. (2009). Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del Adulto Mayor en Distintos Contextos Habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 69-75.

Cirulli, F., Berry, A., Panetta, P., Bellisario, V., Capoccia, S., Luoni, A. y Riva, M. (2015). Prenatal Stress as a Risk Factor for Major Depression: an Investigation on Therapeutic Intervention with Antipsychotics and the Role of Social Stimuli during Periadolescence. *European Psychiatry*, 30, 185. doi: 10.1016/S0924-9338(15)30149-8

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2020). Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos.

Cummins, R. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención psicosocial*, 9 (2), 185-198.

De Souza, Z., Rodrigues, C., Teixeira, E., Machado, A., Machado, M., Pires, H., Costa, B., Viana, P., Gusmao, V. y Gomes, V. (2021). Factores asociados ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 por pessoas idosas com comorbidades. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0495>

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. Intervención psicosocial. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 3 (8), 67-113.

Diener, E. y Suh, M. (1998). Subjective wellbeing and age: An internacional análisis. En K. W. Schaie y E. Lawton (Eds.), *Annual Focus on emotion and adult development*, 304-324. Nueva York: Springer.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas*, 1, 27-38.

Fivush, R. y Buckner, J. (s/f). Género, tristeza y depresión: el desarrollo del enfoque emocional a través del discurso de género. En: Fischer A, editor. *Género y emoción: perspectivas psicológicas sociales*.

García, M. (2002). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=281674>

García, R., López, J. Y Moreno, M. (2008). Estrategias de afrontamiento al estrés según sexo y edad en una muestra de adolescentes uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 2; 7-25.

García-Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16 (6), 586-592. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&tlng=es.

Guevara Bedoya, L., Londoño, M. y Álvarez, S. (2022). Validación del instrumento de estilos de afrontamiento (IDEA-10) en población colombiana. *Tesis Psicológica*, 17(1), 1-26. <https://doi.org/10.37511/tesis.v17n1a7>

Haring, M., Stock, W. y Okun, M. (1984). A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Human Relations*, 37, 645-657.

Hechavarría, M., Ramírez, M., García, H., y García, A. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista Información Científica*, 97(6), 1173-1188. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601173&lng=es&tlng=es

Hernández, Z., Ehrenzweig, Y. y Navarro, A. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y la Personalidad Resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 13-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899002>

Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es

Herrera, F., Massad, C., Huenchuan, S., Mora, T., Sánchez, J., Peña, F. y Miranda, I. (2018). *Análisis de brecha legislativa y propuesta para su implementación en Chile, SENAMA* [Convención]. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, Santiago, Chile.

Hicks, J., Epperly, L., y Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45, 15-30.

Huenchuan, S. (Ed.) (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. *Libros de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, Santiago.

Iacub, R. (2011). Identidad y envejecimiento. *Paidós*.

Iacub, R., Arias, C., Kass, A., Herrmann, B., Val, S., Slipakoff, L. y Gil, M. (2021). Aspectos psicosociales de las personas mayores en cuarentena. *Intersecciones Psi*, Revista Electrónica de la Facultad de Psicología, 40. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=823:aspectos-psicosociales-de-las-personas-mayores-en-cuarentena&catid=9:perspectivas&Itemid=1.

Instituto Nacional de Estadística (2018). *Estimaciones y proyecciones de la Población de Chile 1992-2050, Total país*.

<https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf>

Joseph, S. y Linley, P. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053. doi:10.1080/15325020500358241

Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. *Bilbao: Desclée Brouwer*.

<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/bb9c7ed7d3779dfdf8eb377d37d9734a.pdf>

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. *México: Ediciones Martínez Roca*.

Lorenzo, A., Díaz, K. y Zaldívar, D. (2020). La Psicología como ciencia en el afrontamiento a la Covid-19: Apuntes Generales. *Avales de la Academia de Ciencias de Cuba. Ciencias Sociales y Humanísticas*. 10(2).

<http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/839/856>

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30, 123-145.

Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. y Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, 8(3), 26-32. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>

Meléndez, J., Tomás, J. y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría Gerontol*: 43(2): 90-95.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X08711612>

Mero, M., y Sánchez, D. (2021). *Afrontamiento en adultos mayores con covid-19*. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduq/53880>

Ministerio de Desarrollo Social de Chile (2017). *Encuesta CASEN. Adultos mayores: síntesis de resultados*.

<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados Adulto Mayores casen 2017.pdf>

Ministerio de Salud de Chile (2022). *Avance vacunación Campaña SARS-CoV-2 por sexo y edad, según región y comuna de ocurrencia.* https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F9037e283-1278-422c-84c4-16e42a7026c8§ionIndex=1&sso_quest=true&sas-welcome=false

Ministerio de Salud de Chile (2020). *Informe epidemiológico enfermedad por COVID-19, Chile.* https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/INFORME_EPI_COVID19_20200330.pdf

Ministerio de Salud de Chile (2020). *Ministro de salud confirma primera muerte por COVID-19 en el país.* <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primera-muerte-por-covid-19-en-el-pais/>

Ministerio de Salud de Chile (2021). *Chile superó los 8 millones 35 mil personas vacunadas contra COVID-19 con primera dosis.* <https://www.minsal.cl/chile-supero-las-8-millones-35-mil-personas-vacunadas-contra-covid-19-con-primera-dosis/>

Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2020). *Protocolo interinstitucional para la atención de emergencias por posible código ESPII.* https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/prot_interinstitucional_atenci%C3%B3n_c%C3%B3digo_espii2-1.pdf

Mirowsky, J. y Ross, C. (1996). Fundamental analysis in research on well-being: distress and the sense of control. *The Gerontologist*, 36, 584-594.

Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2), 177-193. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>

Muela, Torres y Paláez (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14 (3), 558-563.

Naciones Unidas (2021). *COVID-19: La OMS considera “de preocupación” la Ómicron, nueva variante del coronavirus.* Ginebra: ONU. <https://news.un.org/es/story/2021/11/1500562>

Naranjo-Hernández, Y., Mayor-Walton, S, Rivera-García, O., y González-Bernal, R.. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista Información Científica*, 100(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000200004&lng=es&tlng=es

National Institute of Mental Health website. I'm so stressed out! Fact sheet. www.nimh.nih.gov/health/publications/so-stressed-out-fact-sheet. [agosto, 2022].

Observatorio del Envejecimiento (2020). *Salud mental y principales preocupaciones de las personas mayores en contexto de pandemia* (Informe n°6). <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2020/12/Salud-Mental-en-Pndemia.pdf>

Observatorio del Envejecimiento (2020). *Personas mayores en contexto de pandemia y aislamiento social* (Informe n°3). https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2020/06/redes_de_apoyo_en_peaislamiento_social_en_tiempos_de_pandemia.pdf

Ocampo, J. y Londoño, I. (2007). Ciclo vital individual: Vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría* (21)-3, 1.072-1.084. http://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_07/21-3.pdf

Ochoa, C., Sumalla, E., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7, 7–34. doi:10.4067/S0718-48082013000100008

Ochoa, C. y Cassellas-Grau, A. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: Ingredientes, claves para facilitarlo y efectos sobre el bienestar. *Psicología positiva aplicada: Clínica y educación*, 38, 1-11. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2815.pdf>

Okun, M., Stock, W., Haring, M. y Witter, R. (1984). The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. *Research on Aging*, 6, 45-65.

Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C. y Tomás, J. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir bienestar y ABVD en adultos mayores de la

Republica dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 26, 189-196.

Olsen, J.K. (1980). The effect of change in activity in voluntary associations on life satisfaction among people 60 and over who have been active through time. *Dissertation Abstracts International*, 80, 107.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

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

Organización Mundial de la Salud (2021). *Weekly epidemiological update on COVID-19*. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---27-april-2021>

Palma, I., Aceituno, R., Duarte, F., Valenzuela, P., Asún, R. y Canales, M. (2020). Modos de sentir: Experiencia de la vida cotidiana en pandemia. *Proyecto Vida en Pandemia*.

Palomar, J., Lanzagorta, N. y Hernández, J. (2004). *Pobreza, Recursos psicológicos y bienestar subjetivo*, Universidad Iberoamericana, México.

Pavón, M. (2015). Autoeficacia percibida. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 103-120.

Pavón, M. y Arias, C. (2013) La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. *Psciencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 5(2), 74-80.

Pérez, L., Maza, B., & De Lara, G. (2021). Personas mayores ¿población en riesgo en tiempos de pandemia? Un estudio cualitativo sobre narrativas de afrontamiento que favorecen la resiliencia en las personas mayores. *Interacciones*, 7, 183. <http://dx.doi.org/10.24016/2021.v7.183>

Petrikovich, L. (2020) Estrategias de afrontamiento y malestar psicológico inespecífico en adultos mayores [Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina], 2020. Repositorio UCA. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12396>

Pimienta, R. (2000). Encuestas probabilísticas vs. no probabilísticas. *Política y Cultura*, 13, 263-276. <https://www.redalyc.org/pdf/267/26701313.pdf>

Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56, 195-214.

Piñera, S. (2020). *Presidente Piñera anuncia Plan de Acción por coronavirus [DISCURSO]*. <https://prensa.presidencia.cl/discurso.aspx?id=137702>

Rojas, G. Y Cornejo, J. (2017). *Manual de Geriatría para Médicos*. Gallardo, Navarrete y Alberti (Eds.). Santiago de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Ciclo Vital, MINSAL.

Rodríguez, A. y Pérez, L. (2019): Estrategias de afrontamiento en cuidadoras de personas con alzhéimer. Influencia de variables personales y situacionales. *Revista Española de Discapacidad*, 7, 153-171.

Rodríguez, G., Roque, D. y Molerio, P. (2002). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Psicología Científica*. https://pdfs.semanticscholar.org/beca/c8b7efb91f19ecb1245742e4a41b815d0867.pdf?_ga=2.205299472.1854630176.1634744065-543573915.1619023074

Rout, U. y Rout, J. (2002). *Stress management for primary health care professionals*. Hingham, MA: Kluwer.

Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1029.

Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. [https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-personasmayores-ppublicas/Satorres%20Pons%20Encarnaci%20%94%9C%20%94%82n%20\(2013\)%200Bienestar%20psicol%20%94%9C%20%94%82gico%20en%20la%20vejez%20y%20su%20relaci%20%94%9C%20%94%82n%20con%20la%20capacidad%20funcional%20y%20la%20satisfacci%20%94%9C%20%94%82n%20vital.%20%20Universidad%20de%20Valencia.pdf](https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-personasmayores-ppublicas/Satorres%20Pons%20Encarnaci%20%94%9C%20%94%82n%20(2013)%200Bienestar%20psicol%20%94%9C%20%94%82gico%20en%20la%20vejez%20y%20su%20relaci%20%94%9C%20%94%82n%20con%20la%20capacidad%20funcional%20y%20la%20satisfacci%20%94%9C%20%94%82n%20vital.%20%20Universidad%20de%20Valencia.pdf)

Smith, D. (1973). *The geography of social well-being in the United States*. Nueva York: McGraw-Hill

Stefani, D. (2004). Gender and coping style in old age. *Interdisciplinaria*, 109-125.

Sumalla, E. C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24–33. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.006

Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. (2015). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de psicología*, 31 (2): 462-471.

Veenhoven, R. "El estudio de la satisfacción con la vida", *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116, 1994.

Vega, J., Ruvalcaba, J., Hernández, I., Acuña, M. y López, L. (2020). *La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de COVID-19*. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n7/2529-850X-jonnpr-5-07-726.pdf>

Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*, 147-184.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.

Zea, M. (2012). *Metas evolutivas y representaciones del futuro en personas mayores sanas y con enfermedades crónicas*. Valencia: Universidad de Valencia.

Zoellner, T., y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.008

10. ANEXOS

Tabla 3

Frecuencias de edades de los participantes

Edad					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
	70	16	11,9	12,0	15,0
	71	11	8,1	8,3	20,3
	72	9	6,7	6,8	27,1
	73	8	5,9	6,0	33,1
	74	20	14,8	15,0	48,1
	75	7	5,2	5,3	53,4
	76	11	8,1	8,3	61,7
	77	7	5,2	5,3	66,9
	78	6	4,4	4,5	71,4
	79	8	5,9	6,0	77,4
Válidos	80	1	,7	,8	78,2
	81	6	4,4	4,5	82,7
	82	5	3,7	3,8	86,5
	83	5	3,7	3,8	90,2
	85	3	2,2	2,3	92,5
	86	4	3,0	3,0	95,5
	87	2	1,5	1,5	97,0
	88	2	1,5	1,5	98,5
	90	1	,7	,8	99,2
	92	1	,7	,8	100,0
	Total	133	98,5	100,0	
	Sistema	2	1,5		
Perdidos	135	100,0			

Tabla 5

Frecuencias de los años de escolaridad de los participantes.

Años Escolaridad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	4	3,0	3,0	3,0
	1	1	,7	,8	3,8
	2	3	2,2	2,3	6,1
	3	4	3,0	3,0	9,1
	4	8	5,9	6,1	15,2
	5	5	3,7	3,8	18,9
	6	20	14,8	15,2	34,1
	7	5	3,7	3,8	37,9
	8	16	11,9	12,1	50,0
	9	9	6,7	6,8	56,8
Válidos	10	4	3,0	3,0	59,8
	11	5	3,7	3,8	63,6
	12	21	15,6	15,9	79,5
	13	2	1,5	1,5	81,1
	14	3	2,2	2,3	83,3
	15	4	3,0	3,0	86,4
	16	4	3,0	3,0	89,4
	17	11	8,1	8,3	97,7
	19	2	1,5	1,5	99,2
	24	1	,7	,8	100,0
	Total	132	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		135	100,0		

Tabla 7

Distribución geográfica de los participantes

Comuna					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	La Reina	48	35,6	35,6	35,6
Válidos	Macul	58	43,0	43,0	78,5
	Ñuñoa	1	,7	,7	79,3

Peñalolén	27	20,0	20,0	99,3
Providencia	1	,7	,7	100,0
Total	135	100,0	100,0	

Tabla 11

Respuestas a pregunta 1 según edad: ¿Le ha resultado difícil este período de aislamiento?

Edad	Muy Difícil	Difícil	No tan difícil
70	3	6	7
71	1	4	7
72	0	2	7
73	2	5	1
74	2	5	13
75	2	4	1
76	1	6	4
77	1	2	4
78	0	1	5
79	1	4	3
80	0	0	1
81	2	1	3
82	0	1	4
83	0	2	3
84	0	0	0
85	0	0	3
86	1	1	2
87	0	0	2
88	0	0	2
89	0	0	0
90	0	0	1
91	0	0	0
92	0	0	1
S/R	0	1	1
Total	16	45	75

Tabla 12

Respuestas a pregunta 1 según grado de escolaridad: ¿Le ha resultado difícil este período de aislamiento?

Grado*	Muy Difícil	Difícil	No tan difícil
Primaria	6	19	41
Secundaria	7	19	13
Superior	3	6	20
S/R	0	1	1
Total	16	45	75

Nota: * Se entenderán las categorías de grados de escolaridad según CASEN, 2017, es decir: primaria hasta 8 años de educación; secundaria hasta 12 años y superior desde 13 años de escolaridad.

Tabla 13

Respuestas a pregunta 1 según sexo: ¿Le ha resultado difícil este período de aislamiento?

Sexo*	Muy Difícil	Difícil	No tan difícil
Mujer	14	40	62
Hombre	2	5	13
Total	16	45	75

Nota: * Para efectos de resultados se tendrá en cuenta solo el sexo registral de las y los entrevistados.

Tabla 14

Respuestas a pregunta 2 según edad: ¿Ha notado que su ánimo ha disminuido durante este período de aislamiento social?

Edad	Bastante	Algo	Nada o casi nada
70	1	7	7
71	4	2	6
72	1	6	2
73	1	6	1
74	2	9	9
75	2	3	2
76	4	6	1

77	1	3	3
78	0	2	4
79	1	7	0
80	0	0	1
81	1	4	1
82	0	1	4
83	1	2	2
84	0	0	0
85	0	1	2
86	2	1	1
87	0	0	2
88	0	1	1
89	0	0	0
90	0	1	0
91	0	0	0
92	0	1	0
S/R	0	1	1
Total	21	64	50

Tabla 15

Respuestas a pregunta 2 según grado de escolaridad: ¿Ha notado que su ánimo ha disminuido durante este período de aislamiento social?

Grado*	Bastante	Algo	Nada o casi nada
Primaria	8	32	26
Secundaria	9	18	12
Superior	4	13	11
S/R	0	1	1
Total	21	64	50

*Nota: * Se entenderán las categorías de grados de escolaridad según CASEN, 2017, es decir: primaria hasta 8 años de educación; secundaria hasta 12 años y superior desde 13 años de escolaridad.*

Tabla 16

Respuestas a pregunta 2 según sexo: ¿Ha notado que su ánimo ha disminuido durante este período de aislamiento social?

Sexo*	Bastante	Algo	Nada o casi nada
Mujer	20	55	40
Hombre	1	9	10
Total	21	64	50

Nota: * Para efectos de resultados se tendrá en cuenta solo el sexo registral de las y los entrevistados.

Tabla 17

Respuestas a pregunta 3 según edad: ¿Ha tenido que hacer cambios para enfrentar este período de aislamiento social?

Edad	Muchos	Algunos	Casi ninguno	Ninguno
70	2	8	4	2
71	1	2	7	1
72	1	4	3	1
73	2	3	2	1
74	1	13	1	5
75	1	3	3	0
76	2	2	2	5
77	1	3	1	2
78	0	1	5	0
79	2	5	1	0
80	0	1	0	0
81	1	5	0	0
82	0	3	2	0
83	0	3	1	1
84	0	0	0	0
85	0	1	2	0
86	1	2	0	1
87	0	1	0	1
88	0	0	1	1
89	0	0	0	0
90	0	0	1	0
91	0	0	0	0
92	0	1	0	0
S/R	0	0	2	0
Total	15	61	38	21

Tabla 18

Respuestas a pregunta 3 según grado de escolaridad: ¿Ha tenido que hacer cambios para enfrentar este período de aislamiento social?

Grado*	Muchos	Algunos	Casi ninguno	Ninguno
Primaria	5	33	21	7
Secundaria	9	12	9	9
Superior	1	16	6	5
S/R	0	0	2	0
Total	15	61	38	21

Nota: * Se entenderán las categorías de grados de escolaridad según CASEN, 2017, es decir: primaria hasta 8 años de educación; secundaria hasta 12 años y superior desde 13 años de escolaridad.

Tabla 19

Respuestas a pregunta 3 según sexo: ¿Ha tenido que hacer cambios para enfrentar este período de aislamiento social?

Sexo*	Muchos	Algunos	Casi ninguno	Ninguno
Mujer	13	53	31	18
Hombre	2	8	7	3
Total	15	61	38	21

Nota: * Para efectos de resultados se tendrá en cuenta solo el sexo registral de las y los entrevistados.

Tabla 20

Respuestas a pregunta 4 según edad: ¿Diría usted que ha logrado aceptar con tranquilidad este período de aislamiento social?

Edad	Muy poco	En parte	En general sí
70	2	2	12
71	2	2	6
72	0	4	6
73	2	1	5
74	2	4	14

75	2	4	1
76	2	4	5
77	0	1	6
78	0	2	4
79	2	2	4
80	0	0	1
81	0	3	3
82	0	1	4
83	1	0	4
84	0	0	0
85	0	0	2
86	2	0	3
87	0	0	2
88	0	1	1
89	0	0	0
90	0	0	1
91	0	0	0
92	0	1	0
S/R	0	0	2
Total	17	32	86

Tabla 21

Respuestas a pregunta 4 según grado de escolaridad: ¿Diría usted que ha logrado aceptar con tranquilidad este período de aislamiento social?

Grado*	Muy poco	En parte	En general sí
Primaria	9	10	47
Secundaria	4	18	17
Superior	4	4	20
	0	0	2
S/R			
Total	17	32	86

Nota: * Se entenderán las categorías de grados de escolaridad según CASEN, 2017, es decir: primaria hasta 8 años de educación; secundaria hasta 12 años y superior desde 13 años de escolaridad.

Tabla 22

Respuestas a pregunta 4 según sexo: ¿Diría usted que ha logrado aceptar con tranquilidad este período de aislamiento social?

Sexo*	Muy poco	En parte	En general sí
Mujer	12	30	73
Hombre	5	2	13
Total	17	32	86

Nota: * Para efectos de resultados se tendrá en cuenta solo el sexo registral de las y los entrevistados.