

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

## **TESIS**

**PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**“RELACIÓN ENTRE LA PARTICIPACIÓN DE  
LOS ADULTOS MAYORES EN  
PROYECTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
Y SU CALIDAD DE VIDA”.**

Candidata: Claudia Carrasco Dájer.  
Patrocinante: Dr. Oscar Arteaga.  
Co patrocinante: Dr. © Gabriel Cavada Chacón.

# Indice de Contenidos

Página

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I : INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....</b>	<b>12</b>
SECCIÓN 1: ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL BIENESTAR Y EL CICLO VITAL.....	12
SECCIÓN 2: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA VEJEZ.....	21
SECCIÓN 3: CALIDAD DE VIDA.....	26
1.- <i>Historia del concepto:</i> .....	26
2.- <i>Calidad de vida relacionada con la salud.</i> .....	29
3.- <i>Dimensiones Psicosociales de la calidad de vida.</i> .....	32
SECCIÓN 4: PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	39
<b>CAPÍTULO III : OBJETIVOS.....</b>	<b>46</b>
1.- OBJETIVO GENERAL:.....	46
2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	46
<b>CAPÍTULO IV : HIPÓTESIS.....</b>	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO V : MÉTODO.....</b>	<b>48</b>
1.- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	48
2.- UNIVERSO Y MUESTRA.....	49
<i>Universo:</i> .....	49
<i>Muestra:</i> .....	50
3.- DEFINICIONES OPERACIONALES.....	51
4.- VARIABLES DE ESTUDIO.....	52
5.- PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	54
6.- TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	61
<b>CAPÍTULO VI : RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>
1.-DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA.....	64
<i>Gráfico 1.- Distribución del número de encuestados según edad.</i> .....	64
<i>Tabla 1.- Número de encuestados según comuna y sexo.</i> .....	65
<i>Tabla 2.- Distribución de los encuestados según estado civil.</i> .....	65
<i>Tabla 3.- Número y porcentaje de encuestados según nivel educacional y sexo.</i> .....	67
<i>Tabla 4.-Número y porcentaje de los encuestados según religión y sexo.</i> .....	67
2.-DESCRIPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LA MUESTRA.....	68
<i>Tabla 5.- Número de organizaciones sociales en las que participan los adultos mayores.</i> .....	68
<i>Tabla 6.- Distribución de los encuestados según participación en actividades de promoción de la salud y sexo.</i> ... 69	69
<i>Tabla 7.- Satisfacción de los encuestados con respecto a la participación en proyectos de promoción de la salud, medida en escala de 1 a 7.</i> .....	69
<i>Tabla 8.- Tipo de actividades realizadas en las organizaciones sociales por los adultos mayores que participan en ellas.</i> .....	70
<i>Tabla 9.- Evaluación de la participación de los adultos mayores en los diversos tipos de organizaciones.</i> .....	71
<i>Tabla 10.- Distribución de los adultos mayores que pertenecen a algún tipo de organización social según motivos de participación.</i> .....	72
<i>Tabla 11.- Distribución de los adultos mayores que no pertenecen a algún tipo de organización social según motivos de no participación.</i> .....	72
3.-DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA.....	73
3.1.- <i>Dimensión 1: Autopercepción de salud.</i> .....	74
<i>Gráfico 3: Autopercepción de salud según sexo de los A.M.</i> .....	74
<i>Gráfico 4 : Auto percepción de salud de los A.M. según grupo de edades.</i> .....	75

Tabla 12.- Percepción de los adultos mayores en relación a la limitación al realizar actividades livianas debido a su salud.....	75
Tabla 13.- Autopercepción de salud de los adultos mayores según participación social.....	76
Tabla 14.- Percepción de la salud comparada con el año pasado de los adultos mayores según participación social.....	77
<u>3.2.- Dimensión 2: Percepción de la calidad de vida general.....</u>	<u>77</u>
Gráfico 5: Frecuencia de adultos mayores según puntaje de CVG obtenido.....	78
Gráfico 6: Puntaje de CVG obtenido por adultos mayores según participación en grupos de adultos mayores.....	78
Gráfico 7: Calidad de vida según autopercepción de presencia de enfermedad crónica.....	79
Gráfico 8: Niveles de CVG según sexo de los A.M.....	79
<u>3.3.- Dimensión 3: Autoestima.....</u>	<u>80</u>
Gráfico 9: Medias del puntaje de autoestima de los A.M. según sexo.....	81
Gráfico 10: Puntaje de autoestima logrado por los A.M. según participación social.....	81
<u>3.4.- Dimensión 4: Autoeficacia.....</u>	<u>82</u>
Gráfico 11: Autoeficacia según participación social.....	82
<u>3.5.- Dimensión 5: Satisfacción vital.....</u>	<u>83</u>
Gráfico 12: Satisfacción Vital según Sexo.....	83
Gráfico 13: Satisfacción vital de los A.M. según participación en proyectos de promoción de la salud.....	84
Gráfico 14: Calidad de Vida según Satisfacción Vital.....	85
<u>3.6.- Dimensión 6: Balance Afectivo.....</u>	<u>85</u>
Gráfico 15: Balance afectivo según sexo.....	85
Gráfico 16: Balance afectivo según participación social.....	86
<u>3.7.- Componente 7: Eventos vitales.....</u>	<u>86</u>
Gráfico 17: Nivel de C. de V. Según N° de Eventos Vitales.....	87
Tabla 16: Matriz de Correlaciones de Pearson entre componentes de la calidad de vida.....	88
.....	88
<u>4.- ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES.....</u>	<u>89</u>
Gráfico 18: Calidad de vida general de los adultos mayores según participación en proyectos de promoción de la salud (PPS).....	90
Gráfico 19: Afectividad positiva de los adultos mayores según PPS.....	90
Gráfico 20: Apoyo social subjetivo de amistades según participación PPS.....	91
Gráfico 21: Apoyo social subjetivo de grupo según participación PPS.....	91
Gráfico 22: Respeto de amistades según participación PPS.....	92
Gráfico 23: Autoestima según participación PPS.....	93
<b><u>CAPÍTULO VII : DISCUSIÓN.....</u></b>	<b><u>93</u></b>
<b><u>CAPÍTULO VIII : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</u></b>	<b><u>104</u></b>
<u>CONCLUSIONES:.....</u>	<u>105</u>
<u>RECOMENDACIONES:.....</u>	<u>109</u>
<b><u>CAPÍTULO IX : BIBLIOGRAFÍA.....</u></b>	<b><u>112</u></b>

---

## RESUMEN

---

El envejecimiento poblacional experimentado en Chile, así como en países desarrollados, ha sido el fundamento de muchos programas de promoción de la salud para favorecer la calidad de vida de los individuos y propender a un envejecimiento saludable; tema en el cual no existe línea base de investigación ni evaluación. El objetivo de la presente tesis es determinar la asociación existente entre calidad de vida y participación en actividades de promoción de la salud en adultos mayores, tema no investigado en nuestro país.

El diseño es analítico, de corte transversal; se seleccionó una muestra aleatoria de 337 adultos mayores de la provincia de Curicó, divididos en dos grupos: el primero, compuesto por integrantes de organizaciones participantes de proyectos de promoción de la salud; y el segundo, beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) sin participación social. A quienes se les aplicó un instrumento basado en las Escalas de Afectividad Positiva, Satisfacción Vital, Autoestima, Estilos de Vida y Calidad de Vida General, entre otras. Validado por tres expertos y aplicado previamente en una muestra piloto de 36 casos.

Usando componentes principales, se construyeron indicadores de: calidad de vida general, satisfacción vital, afectividad, apoyo social subjetivo, autoestima, y autoeficacia, los que fueron comparados a través de una dócima de diferencia de media para muestras independientes ( $p$  valúe  $<0,05$ ; intervalos de confianza contruidos con 95%).

Resultados: el grupo de adultos mayores participantes presenta un índice de calidad de vida general significativamente mayor al grupo en comparación ( $p=0.0001$ ); al igual que en la afectividad positiva ( $p=0.0153$ ), apoyo social subjetivo de amistades y autoestima. Las mayores diferencias se observaron en las variables respeto de las amistades y apoyo social subjetivo del grupo, ambas con  $p=0.0000$ . Otras variables como autovalencia, presencia de enfermedades crónicas y estilos de vida, no presentaron diferencias significativas.

Podemos concluir que existe relación entre participación en actividades de promoción de la salud y mejor calidad de vida de los adultos mayores estudiados, siendo significativas las diferencias en los factores psicosociales de la calidad de vida.

---

## Capítulo I : Introducción

---

El mundo está experimentando una transición demográfica sin precedentes. La población adulta mayor de sesenta años, empezó a aumentar de manera significativa a partir de 1950, momento en que el crecimiento se tornó cada vez mayor, siendo alrededor del 3% durante los últimos tres a cuatro decenios. (Organización de Naciones Unidas, 2002)

Proyecciones realizadas por el (INE), el Centro de estudios poblacionales para América Latina (CEPAL) y Naciones Unidas, señalan que al año 2050, el número de personas de edad aumentará de 600 a 2000 millones aproximadamente (CEPAL, 2003; I.N.E., 2003). Esto significaría que antes de 50 años, por primera vez en la historia de la humanidad, existirán más personas mayores de 60 que menores de 15 años. Estos centros de estudio, también identifican un crecimiento, aún superior al año 2025, con una población de 93 millones de personas que superarán los 80 años de edad, permitiendo que la tasa anual de crecimiento de este grupo etáreo sea del 3.4%.

La tendencia mundial a la reducción de la fecundidad, la mejoría en las condiciones de vida, el desarrollo de los sistemas de salud y el aumento de la esperanza de vida al nacer, han sido los factores más influyentes en este cambio demográfico (O.N.U., 1982). Este fenómeno se asocia habitualmente con países industrializados, donde más del 20% de la población supera los 60 años de edad. Sin embargo, la mayoría de los países en América Latina están experimentando cambios similares y han iniciado una discusión sobre la

inversión necesaria para enfrentar el proceso y la capacidad de los gobiernos con el fin de mejorar el bienestar de su población adulta mayor.

Si el envejecimiento poblacional es uno de los logros más importantes de la sociedad, es a su vez, uno de los mayores desafíos y a medida que avanza el siglo XXI, el envejecimiento global impondrá cada vez mayores demandas socio económicas a los gobiernos y sociedades. Sin embargo, el grupo etéreo de adultos mayores también constituye un recurso importante ypreciado que contribuye en forma significativa a la Calidad de vida colectiva a través del traspaso de conocimiento y experiencias, transformándose en la base vital para el desarrollo de futuras generaciones.

Todo esto representa un importante desafío para la definición de políticas públicas orientadas al desarrollo de un sistema de salud eficiente y al servicio de las personas basadas en los ejes básicos de equidad, descentralización y participación. Esta es una gran tarea de nuestra sociedad y muy especialmente, de aquellos que trabajamos y tenemos la responsabilidad de plasmar la política social del adulto mayor, en oportunidades y programas concretos de crecimiento y desarrollo.

Según el último censo, somos más 15 millones de chilenos y el 11.4% son adultos mayores con más de 60 años. (I.N.E., 2002) En veinte años más, esta cifra se habrá duplicado. (O.N.U., 2002) Tenemos este tiempo para incorporar algunas modificaciones en nuestra sociedad, abriendo espacios y formulando una estrategia que incorpore a las personas mayores y favorezca la seguridad necesaria en esta etapa del ciclo vital.

Y dentro de estos espacios se contemplan las instancias de participación en la promoción de la salud, intervenciones que no han tenido evaluación sobre el impacto que han producido en los adultos mayores de nuestro país.

En el año 1995 el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), crea en la Región Metropolitana, el Programa de Reconocimiento y Apoyo a las Organizaciones Sociales de Salud: “Salud con la Gente “, que cuenta con los objetivos de:

- Contribuir a la expresión de la participación social en la perspectiva de generar condiciones para el ejercicio del control social del sistema de salud.
- Contribuir al fortalecimiento y desarrollo de las organizaciones sociales vinculadas al quehacer en salud. (MINSAL, 2000).

En 1998, estos proyectos que comienzan a ser implementados en la región del Maule, con una escasa participación de organizaciones de adultos mayores, lo que ha sido revirtiendo progresivamente con el paso de los años. En esta instancia las organizaciones concursan por el financiamiento de sus proyectos.

En la actualidad se han integrado otros fondos de financiamiento de proyectos de actividad física y recreativa, a través de Chile Deportes, El Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), diversas instancias municipales, de iglesias y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Proyectos que se generan a partir de diversas formas: autogestión, gestión compartida con integrantes del equipo de salud local, proyectos gestionados completamente por el equipo de salud. Estas manifestaciones de participación comunitaria serán señaladas en el análisis de los resultados, como actividades de promoción de la salud.

Con el propósito de determinar la relación existente entre la participación de los adultos mayores en actividades de promoción de la salud y su calidad de vida, se aplicó un instrumento creado con el fin de evaluar la calidad de vida de los sujetos en estudio. Y de esta manera establecer una línea base para la evaluación de la calidad de vida en este grupo etáreo específicamente.

### **Problema de Investigación y Justificación del Estudio**

En la Región del Maule se presentan los mismos cambios demográficos descritos para Chile y América Latina. En el año 2000, 19 de sus 30 comunas se encontraban en condición de envejecidas, es decir, el porcentaje de población mayor de 65 años es igual o superior al 7%, situación que actualmente se traduce en un total de 27 comunas. (SENAMA, 2004). Ello ha determinado un cambio en la estructura de la población, con una progresiva disminución del grupo de menores de 15 años y aumento de los adultos mayores. De esta forma, la provincia de Curicó tenía un total de 11238 adultos mayores de 60 años, los que para el año 2006 (según proyecciones) sumaban 14154 personas mayores (INE, 2005).

Este fenómeno se evidencia al comparar el número de comunas envejecidas: en el año 2000, la región presentaba a 19 de sus 30 comunas en condición de envejecidas (con el 10% o más de su población mayor de 60 años), situación que al 2002, 29 de sus comunas se encuentran en esta situación. (SENAMA, 2002)

A esto se le suma que la región del Maule presenta los niveles más bajos de desarrollo humano, entendido este concepto como “la ampliación de las opciones y oportunidades que disponen las personas” (O.N.U., 1996), ocupando los últimos lugares en cada una de las dimensiones del Índice de Desarrollo Humano, excepto en salud donde ocupa el lugar número 11 del ranking nacional (O.N.U., 2000).

Esta región está constituida por cuatro provincias: Cauquenes, Talca, Linares y Curicó. Y en esta última es en la que se centrará el presente estudio, que indaga en la participación de los adultos mayores en proyectos de participación, asociándola con la mejoría en su calidad de vida.

Un aspecto importante que sustenta el problema de investigación en este estudio, es que la participación en la vejez, ha de desarrollar nuevos estilos, sin embargo, esta participación no se trata sólo de reuniones, charlas o cursos para enseñarles a enfrentar la vejez, tampoco de capacitar a este grupo etéreo en labores productivas o domésticas, que si bien pueden ser de utilidad “(Celade; 1999), no son suficientes. También se necesitan iniciativas que incluyan al grupo familiar, fortalezcan el control y el autocontrol; alcanzar la satisfacción ante sus condiciones de vida y el debido reconocimiento de sus limitaciones, que permitirán contribuir al envejecimiento exitoso (Purón y Couso, 1999)”. Formas de interacción participativas orientadas a propiciar un cambio cultural que contribuya a la valoración social de las persona de edad” (Celade; 1999). Todo lo anterior pasa por la necesidad de que exista un trabajo multidisciplinario de promoción y prevención, que

conduzca a la participación activa de los adultos mayores en el logro de su salud (Purón y Couso, 1999).

Un segundo punto importante a desarrollar en el planteamiento del problema de investigación que se plantea a continuación se sustenta en lo planteado en la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, realizada en La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento(2002), donde se reafirman los principios y las recomendaciones contenidos en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, que la Asamblea de las Naciones Unidas hizo suyo en 1982, y los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad aprobados por la Asamblea General en 1991, que ofrecieron una orientación sobre los aspectos presentes en esta etapa del ciclo vital, tales como: la independencia, participación social, los cuidados, la autorrealización y la dignidad (O.M.S., 2002).

Visto desde esta perspectiva, es fundamental comenzar a evaluar si las diversas iniciativas han causado el efecto deseado. Y de cómo estos resultados puedan ir orientando la reformulación y mejoramiento de las políticas tendientes a responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades (O.N.U., 2002).

Y desde el contexto nacional podemos señalar que a partir del año 1998 se comienzan a desarrollar, los Planes de Promoción Comunal, formando parte de ellos diversas actividades y proyectos de promoción de la salud. La Séptima Región no fue la excepción,

los equipos de salud convocaron a las organizaciones más activas de cada comuna y las apoyaron en la generación de diversos proyectos que contemplaban actividades como talleres manuales, de ejercicio físico y recreativas, así se intenta dar un cuerpo visible a las actividades realizadas durante muchos años sin un nombre determinado: trabajo comunitario, trabajo de terreno, fomento y protección de la salud; ahora enmarcados en el concepto de Promoción de la Salud. Intervenciones que hasta ahora, no cuentan con evaluación de impacto y de las cuales, los adultos mayores organizados socialmente han sido protagonistas.

Esta tesis no pretende ser una evaluación de impacto, pero si, un acercamiento a la medición de este.

---

## Capítulo II : Marco Teórico de Referencia

---

El presente estudio se desarrolla en torno a tres ejes temáticos principales a saber: Envejecimiento Poblacional, Participación Social y Calidad de vida.

En este capítulo de la tesis se presentan los hallazgos más relevantes derivados de una exhaustiva revisión del estado del arte respecto de estos ejes temáticos. En este propósito el capítulo ha sido sistematizado en cinco secciones.

### **Sección 1: Envejecimiento poblacional desde la perspectiva del bienestar y el ciclo vital.**

El proceso de envejecimiento se puede abordar desde perspectivas múltiples, cada una de esta trata de explicar parte de la realidad y dejando un resto de incógnitas. Así nos encontramos con visiones parciales y complementarias.

La forma de interpretarlo, descarta comprenderlo como un proceso de mero deterioro y, rechaza comprender la situación de vejez mediante un modelo de déficit y decrepitud, concibiendo al adulto mayor como receptor de asistencia (Marín y cols. 2001). En su reemplazo, surge el enfoque del ciclo vital (Dulcey-Ruiz y Uribe, 2002) donde la vejez corresponde a una de sus etapas, y el énfasis se pone en el análisis de calidad del proceso de envejecimiento y el sentido de bienestar-. Desde esta perspectiva, la vejez no

es concebida como un simple deterioro, sino como un proceso de adaptación a cambios, cuyas consecuencias sobre el nivel de bienestar depende de la forma en que estos cambios sean enfrentados por los individuos, y donde el adulto mayor ejerce un papel activo.

En 1967 Wilson concluía su estudio titulado “Correlaciones de la felicidad reconocida” señalando que una persona feliz es “joven, con buena salud, con buena educación, bien pagado en su trabajo, extrovertido, optimista, sin preocupaciones, religioso, casado con alguien de alta auto-estima, con un trabajo honrado, modestas aspiraciones y de cualquier sexo con un alto grado de inteligencia” (citado en Diener, Suh, Luca y Smith, 1999), desde esta perspectiva sería bastante difícil que un adulto mayor lograra ser feliz, y la vejez sería sinónimo de infelicidad. Conceptos que han tenido una positiva evolución.

Según algunos autores (Larsen y Katelaar, 1991; García, 2002; Diener, y cols., 1999; Palomar, 2004; Cuadra, 2003) el sentido de bienestar depende de la combinación de algunos factores como los que se enuncian a continuación:

a.- Larsen y Katelaar (1991) señalan que las características del entorno social y afectivo, y las oportunidades que ofrece en cuanto a condiciones de vida: acceso a bienes y servicios, pertenencia a un lugar en la sociedad que permita obtener reconocimiento como integrante valioso que sigue aportando a su familia y entorno social.

b.- La satisfacción con lo que posee y los juicios globales de satisfacción personal con la vida que lleva y sus posibilidades de resolver y satisfacer sus necesidades. Aspectos estudiados por Oishi, Lucas, Diener y Suh, 1999 y Fernández y cols., 2000, entre otros.

c.- Tellegen y cols. (1988), demuestran que la unión entre personalidad y el bienestar subjetivo es el que nos indica que algunas personas tienen cierta predisposición genética para ser felices o infelices, lo que se podría atribuir a las diferencias innatas del sistema nervioso de cada individuo. Esta evidencia de que la predisposición de la personalidad a ciertos niveles de bienestar subjetivo proviene de los estudios genéticos de la herencia, realizado por los autores. (Citado por Diener y cols., 1999)

Basándonos en estos elementos, podemos sostener que quienes envejecen, tienen un papel muy importante en la construcción de su forma de envejecer y al asumir este proceso en una forma activa que les permite responder a lo que ocurre en su entorno social y en su propia existencia, y buscando las formas de vivir esta etapa de la vida y seguir satisfechos.

Sin dejar de mencionar que debido a los cambios fisiológicos sufridos en esta etapa del ciclo vital, quienes envejecen deberán adaptarse a muchas situaciones nuevas y estresantes. (Palomar y Lanzagorta, 2005; Díaz, 2001)

Si a esto le asumamos, que debido a los cambios fisiológicos que se dan en el envejecimiento, los adultos mayores son un grupo vulnerable (Burck, 1998; SENAMA, 2004); y debido a que la calidad de las oportunidades y las condiciones de vida empeoran; podemos concluir que son un grupo etareo que requiere de mayores

adaptaciones, cambios y modificaciones sociales para lograr esta sensación de bienestar y se buena calidad de vida.

Si analizamos los avances políticos que se han dado en este tema, podríamos decir que estamos acercándonos discretamente a la construcción de una sociedad acorde a los procesos demográficos que experimenta. En los últimos diez años se ha trabajado en proveer a sus adultos mayores de oportunidades como:

El acceso a servicios de salud de acuerdo a sus requerimientos biopsicosociales propios del envejecer. En efecto, con el paso de los años, el riesgo de enfermarse y de tener dificultades funcionales de tipo motor y sensorial, entre otras, aumenta gradualmente. Los individuos experimentan un aumento en la fatigabilidad y pierden agilidad. Frente a estos hechos caben algunas consideraciones destinadas a reenfocar la respuesta social al deterioro propio del proceso de envejecimiento (SENAMA, 2004).

Hoy nos encontramos con diversas formas de ver la vejez: Aquella que se centra en que la vejez es sinónimo de decrepitud y se le cataloga como un problema social. Esto implica una distorsión propia de toda verdad a medias, este enfoque se contradice con el del ciclo vital (García, 1997). Este enfoque el que plantea que “es cierto que el organismo humano experimenta el desgaste íntimamente ligado a la finitud de los seres vivos, pero esta disminución no significa necesariamente déficit, ya que, el organismo funciona con niveles variados de reserva y, lo que es más importante, existe la posibilidad de intervenir para atenuar y contrarrestar tales efectos” (Dulcey-Ruiz y Uribe, 2002).

Comprender el envejecimiento como una etapa más del ciclo vital, permite un acercamiento a este periodo como algo natural, digno de ser vivido de la manera en que se ha propuesto cada individuo. Sin dejar de reconocer la complejidad que conlleva debido a sus características propias y las diferencias con las etapas vividas previamente.

Durante todas las etapas de la vida, los seres humanos vivimos un continuo proceso de aprendizaje y de dominio del desarrollo y de las tareas a realizar. Estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 1999) muestran que los adultos mayores económicamente activos, aumenta de 165.991 a 372.461 personas entre los años 1960 a 1997, aumentando 2,2 veces.

Ahora bien, la sociedad, mediante la institucionalización de las jubilaciones y las pensiones, permitió que los individuos, al cumplir 60 y 65 años (mujeres y hombres, respectivamente), se retiraran del trabajo y siguieran percibiendo un ingreso. Aunque en Chile, estas prestaciones tienen una buena cobertura, los bajos montos de las pensiones dificultan satisfacer las necesidades básicas (Instituto normalización provisional, 2005). Debido a esto, los adultos mayores se ven obligados a mantenerse activos luego de retirarse oficialmente del mundo del trabajo, lo que puede tener dos lecturas: La positiva, que es bueno que se mantengan activos y con un rol social productivo. Y la negativa es que la vejez es sinónimo de pobreza, ya que se potencian bajos ingresos y un mayor gasto en salud. (Reyes y Triana 2003)

Analizados el cambio demográfico y las características del envejecimiento en nuestro país, resulta imprescindible preocuparse y ocuparse de evaluar los efectos que tendrá a mediano plazo este fenómeno en:

- \_ Las ofertas de empleo y las necesidades de recursos humanos.
- \_ Los programas de capacitación para los trabajadores.
- \_ Las edades del retiro laboral y preparación para la jubilación.
- \_ La gran necesidad de aumentar el monto de las pensiones.
- \_ Las mejoras del servicio social y de salud que otorga el estado y privados.

Algunas experiencias han demostrado que cuando una persona transforma su vida activa en pasiva, el rol que por largos años mantenía en la sociedad y se le otorga el derecho a no trabajar. Esto incide negativamente en su grado de autoestima, afectividad y en muchos casos produce la pérdida de identidad social (Monchiatti y Krzemien, 2002), elementos que influyen en el bienestar de las personas mayores.

Por ello es imprescindible realizar estudios que identifiquen las principales causas que inciden en el deterioro de los adultos mayores, conociendo que no sólo responden a los aspectos biológicos, sino que es necesario identificar las causas psicosocioculturales que están involucradas en el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores.

La vejez ha de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado. Se trata de cambios graduales en los que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos, que dará como resultado una serie de características diferenciales,

haciendo de cada individuo, un adulto mayor con sus propias características, único e irrepetible.

Y si analizamos el proceso de envejecimiento poblacional desde esta perspectiva, sin lugar a dudas nos encontramos con que la prolongación de la vida activa es una realidad. Muchos hombres y mujeres han trabajado hasta edades avanzadas en diversas actividades.

La ley en Chile establece la jubilación para los hombres a los 65 años y para las mujeres a los 60 años. Estas edades límites para la llamada vida activa se establecieron a principios del siglo pasado en la mayoría de los países del mundo (Ministerio del Trabajo, 1984, 2002). La mejoría de las condiciones de vida y la salud ha producido un aumento de la población de la tercera edad. La población de ambos sexos con 65 años y más años, llega actualmente a 8,05% del total (I.N.E. 2002). Sin embargo, la ley no se ha modificado. Es altamente impopular para los gobiernos, proponer un aumento en la edad de jubilación para las mujeres, pese a que la mayoría de los adultos mayores se encuentran completamente autovalentes a esas edades, pensar en que tendrán que esperar cinco años más para el retiro, no es grato.

En casi totalidad de las empresas empleadoras, excepto las universidades estatales y algunas privadas, la edad de jubilación es obligatoria, a diferencia de algunos países de Europa han estado modificando la edad máxima de jubilación llegando a 70 años actualmente (INP, 2000; Ministerio del trabajo y previsión social, 2002).

Así como se presenta el desarrollo económico de nuestro país, cabe la interrogante si ¿Tendrá la suficiente población para todos los puestos de trabajo que estarán disponibles? Parece razonable aumentar la edad límite de jubilación apenas se note una proporción muy baja de cesantía en los próximos años. Los AM pueden aportar a la sociedad por su conocimiento y experiencia, por lo que sería importante comenzar a pensar un sistema que les facilite prolongar su vida productiva, acorde a los cambios vitales que ha sufrido, incorporando jornadas flexibles, actividades en que puedan volcar toda su experiencia traspasándola a las nuevas generaciones.

Así es como un país que envejece, como el nuestro, debe enfrentar el cambio demográfico responsablemente, desde el diseño de políticas que tiendan a lograr la integración, igualdad y calidad de vida de la persona que envejece.

El 06 de mayo del año 2004, el Comité de Ministros para el AM, aprobó la Política Social para este grupo [etáreoatareo](#), que tiene como gran meta, lograr un cambio cultural de toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los Adultos Mayores en nuestra sociedad (SENAMA, 2004)–, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores.

Esta política se basa en los fundamentos valóricos de equidad, solidaridad intergeneracional, pleno respeto a la dignidad de los AM y el ejercicio de sus derechos como personas y ciudadanos; y en los principios de autovalencia, envejecimiento activo y

ciudadanía plena. Donde el fomento de la responsabilidad de la familia, de la comunidad y los propios Adultos Mayores para la mantención de un buen nivel de vida, evitando la creación de una dependencia de las acciones del Estado para satisfacer sus requerimientos, son fundamentales en su aplicación (SENAMA, 2004).

Así es como el fomentar la asociatividad, la participación e integración social del Adulto Mayor, incentivar la formación de recursos humanos en el área, mejorar el potencial de salud de los Adultos Mayores, crear acciones y programas de prevención, focalizar los subsidios estatales en los sectores más carenciados de Adultos Mayores, fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad, fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación, perfeccionar las normativas y programas referidos a la Seguridad Social son los objetivos los grandes objetivos que pretende lograr esta política.

Habiendo analizado el concepto de envejecimiento y enunciando el enfoque de ciclo vital, resulta conveniente entonces centrar el análisis en los aspectos relacionados con el desarrollo de una vida integral y activa en la vejez, este es el tema de la siguiente sección de este marco teórico.

## **Sección 2: La promoción de la salud en la vejez.**

En relación a los estilos de vida en la vejez, la recepción del impacto de las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales y el modo de concebirlas y situarse frente a ellas pueden enfocarse como el producto de elaboraciones previas. Así, el estilo de vida de quien envejece estaría relacionado con la posibilidad de que esta etapa de vida forme parte integrada de un proyecto de vida autónomo, donde el individuo sea y se sienta el creador de su calidad de vida, y por lo tanto, se sienta capaz de trabajar activamente durante su vida para tener una vejez satisfactoria (Reig y cols, 1996).

De esta forma y a medida que quien envejece experimenta los cambios que se van sucediendo; debe ir modificando activamente y reconstruyendo las expectativas de vida futura y las interpretaciones acerca de la vida pasada. (Ryff, 1984, Citado por Molina y cols. 2006; Withbourne, 1985, citado por Sánchez, 2006).

En la última década, las acciones preventivas tradicionales se han reforzado a partir de un nuevo concepto sobre la promoción de la salud. Gran parte de las enfermedades tiene componentes sociales que requieren ser entendidos desde una perspectiva biopsicosocial, donde el enfoque de un ser holístico, pasa a ser la orientación fundamental de cualquier intento de mejora y mantención de la salud.

Por ello, la promoción de la salud incluye la movilización de los recursos sociales para enfrentar los riesgos de enfermar. Esta estrategia está siendo considerada por el Ministerio de Salud para hacerse cargo de la creciente carga de enfermedades crónicas

enfrentando en forma múltiple los factores de riesgo presentes en los adultos mayores (Salinas y del Vio. 2002).

Cabe señalar que, desde hace unos 8 años en Chile, los Programas de Promoción intentan incorporar a la comunidad, fortaleciendo la participación social, como estrategia clave en el desarrollo del concepto “la salud una responsabilidad compartida”, potenciando de esta manera el actual y futuro accionar del sector salud en conjunto con sectores como educación, vivienda, iglesias y deportes, entre otros. (MINSAL, 2000)

Como intento de reactivar la situación vivida históricamente desde los tiempos en que se luchaba contra la poliomelitis y la desnutrición infantil, con otras denominaciones, pero con mucha participación popular, entrega permanente de los equipos de salud y la activa participación de organizaciones de defensa de la infancia y diversas organizaciones no gubernamentales locales e internacionales.

Hoy la promoción de la salud se desarrolla desde diversas áreas, un ejemplo de ello es lo llevado a cabo por el SENAMA, el Fondo Nacional del Adulto Mayor, un programa del Gobierno de Chile y tiene por objetivo el favorecer la asociatividad de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida. Y para ello, que financia proyectos autogestionados por las organizaciones de adultos mayores. El año 2004 comienza a funcionar este fondo, con 3564 proyectos presentados de los cuales 1197 fueron financiados, con un total de 38304 adultos mayores beneficiarios. Lo que aumentó considerablemente en el siguiente año, donde fueron presentados 4318 proyectos, 1853 fueron aprobados con un total de 65000

AM beneficiarios (SENAMA 2006). Es así como la participación social es una de las estrategias más desarrolladas a la hora de hablar de promoción de la salud.

Luego de esto, podemos señalar que la discusión en torno de la promoción de la salud se plantea desde una perspectiva positiva, relacionándola directamente con el bienestar y dando paso a un enfoque biopsicosocial, donde el individuo es capaz de sentirse bien y participando de su bienestar, sin un carácter absolutista impuesto desde una esfera de la cual no ha tenido participación alguna, sino por el contrario, una salud construida desde su propia perspectiva y capacidad de fomento. Proceso del cual todos y cada uno de los sectores de la sociedad puede participar de su construcción y desarrollo, ya que la calidad de vida, bienestar y salud dependen no solo del individuo, sino de sus diversos entornos.

Pero la promoción de la salud también pasa por fomentar las condiciones propicias para que esta se pueda desarrollar, y los ingresos económicos son una determinante de la salud importante (Fernández-Mayorales, 2003; OMS, 2006). Y en el transcurso de nuestra historia social, hemos fallado como sociedad en ofrecer al adulto mayor la oportunidad de acceder a un ingreso suficiente: a medida que las personas envejecen, se retiran de la fuerza del trabajo y sus ingresos bajan considerablemente. Ello ocurre, porque así lo establece la ley al establecer la edad de jubilación y los montos de las mismas, pero también, debido a las fuertes presiones sociales para que los adultos mayores dejen sus cargos a los más jóvenes y por la discriminación en las contrataciones es que los ingresos se ven fuertemente mermados en esta etapa de la vida.

De esta manera nos encontramos con una realidad que tiene más de una cara: por una parte hemos construido una visión de la vejez, como una etapa de retiro y disminución de la productividad, y por otra, se ha querido establecer un sin número de intervenciones asistencialistas que no dan otra oportunidad al adulto mayor que esperar cuál será el nuevo beneficio que se le dará, sin contemplar el temor colectivo que vivimos a la hora de pensar en nuestra propia vejez.... actualmente tenemos algunas señales de que la promoción de la salud podría comenzar a desarrollarse desde la perspectiva de la participación social y siendo así, son esperables resultados más reales, desde las personas y las organizaciones mismas.

Para lo cual, entidades como la Organización de Naciones Unidas, plantea la necesidad de que las sociedades que envejecen se preparen y modifiquen sus sistemas y servicios en aspectos como: mejorar los accesos y hacer más amigables sus usos para las personas mayores, aumentar la oferta de educación de adultos, implementar la jubilación gradual, el trabajo a tiempo parcial y los contratos intergeneracionales, de modo que las personas de edad disfruten de ingresos seguros y atención de salud sostenibles (O.N.U. 2004).

¿Qué nos queda?...Según muchos estudiosos (Zacarés y Serra, 1996; Serafim, 2000; Salinas y Del Vio, 2002; Barros y Herrera, 2003; SENAMA, 2004), el esfuerzo debe ser multisectorial, donde el sector salud en conjunto con todos los intersectores, deben trabajar en pro de anticiparse a este periodo de la vida, promocionando la salud y por ende, promocionando un envejecimiento satisfactorio, un envejecimiento activo. ¿Y por qué satisfactorio y no saludable?, simplemente por el respeto que le debemos a la

percepción que cada individuo tiene de la satisfacción que es muy diferente a la conceptualización biomédica de salud, y que a su vez se complementa con el concepto de calidad de vida.

La vejez, es por lo tanto un periodo más, en el cual queda mucho por hacer, de lo que se desprende la asociación de estos conceptos con el de calidad de vida, elemento fundamental para vivir en plenitud el continuo proceso de potencial crecimiento y de cambio en esta etapa del ciclo vital. En la siguiente sección se analiza el concepto de calidad de vida.

### **Sección 3: Calidad de vida.**

#### **1.- Historia del concepto:**

Realizando una intensa búsqueda del uso histórico de la expresión calidad de vida, podemos encontrar versiones que señalan que fue empleada por primera vez por el presidente de los Estados Unidos Lyndon Jonson en 1964, al declarar acerca de los planes de salud que, “los objetivos de las políticas de salud no pueden ser medidos a través del movimiento de los bancos. Ellos sólo pueden ser medidos a través de las calidades de vida que proporcionan a las personas“(Suardíaz, 2004). Sin embargo, existen otras versiones, las que afirman que durante la década de los 50 aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana, junto con la necesidad y creciente interés de crear indicadores que midieran objetivamente la percepción de bienestar de los individuos y los efectos de la industrialización en la sociedad, surgiendo de esta manera, indicadores sociales, los que han tenido su propio desarrollo con el paso de los años (Arostegui, 1998; Citado por Gómez y Sabeh).

A mediados de los 70 y principios de los 80, el desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales provocaron un proceso integrador del concepto, en el cual se involucran las diversas dimensiones de la vida, componentes objetivos y subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de Estados Unidos, “Social Indicators Research”, en 1974 y en “Sociological Abstract” en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica. (Citado por Rosenfed y cols., 2000)

Actualmente las preocupaciones sobre el concepto de calidad de vida se vinculan a un movimiento dentro de las ciencias humanas y biológicas que valoriza con respecto a la salud, parámetros más amplios que el control de síntomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida (Feeny, 2005). Es un concepto muy vinculado a la vertiente positiva de la salud (Lluch, 1999), sin embargo, en un principio su evaluación se realizó en estudios clínicos. Siendo la oncología un área que necesariamente debe evaluar las condiciones de vida de los pacientes con una supervivencia aumentada por los tratamientos (Katschnin, 1997), encontrándonos muchas veces, con la búsqueda de aumentar años de vida y dejando de lado la necesidad de sumarle vida a los años.

Sin embargo, el término calidad de vida, vinculado a la literatura médica, no parece tener un único significado (Gill y Feinstein, 1994). Calidad de vida y estado subjetivo de salud son conceptos afines centrados en la evaluación subjetiva que hacen los usuarios acerca de su salud, pero necesariamente ligados al impacto de la salud sobre la capacidad del individuo de vivir plenamente (Bullinger y cols. 1993). Según Veenhoven (1994), la "calidad de vida" tendría dos significados: la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida y la práctica del vivir bien como tal.

Monchetti y Krzemien (2002) consideran que el término calidad de vida es más general e incluye una variedad potencial mayor de condiciones que pueden afectar la percepción del individuo, sus sentimientos y comportamientos relacionados con su funcionamiento diario incluidas ciertamente sus

También podría decirse que actualmente el concepto de calidad de vida alude a un sentimiento de bienestar psicofísico y socioeconómico. Y para su evaluación deben tenerse en cuenta tanto factores personales (salud, historia y satisfacción con la vida,

independencia, etc.) como socio ambientales (roles sociales, redes de apoyo, servicios sociales, etc.). Se llega así al entrecruzamiento de la salud con el bienestar social y la calidad de vida colectiva e individual, y la salud deja de ser un problema médico y se convierte en un proyecto social (Suardíaz, 2004).

A las tres conceptualizaciones que había propuesto Borthwick-Duffy en 1992 (Torres y Sanhueza, 2006), se le suma una cuarta, Felce y Perry (1995) encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida que permitieron complementar las aproximaciones anteriores. Así la definición de este constructo la han concebido como:

- La calidad de las condiciones de vida de una persona.
- La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
- La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta.
- Y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales

(33).

El grupo de estudios para la calidad de vida de la OMS (O.M.S. 2006), en 1994, define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”, pero en el presente estudio nos inclinaremos por adaptar esta, según el criterio de la autora, señalada en la sección del método en la presente tesis. La que incorpora las diversas esferas en las que vive el individuo y debido a que se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada

con la participación social y al ejercicio de las capacidades humanas y desarrollo de la personalidad, nos parece más atingente a los objetivos del estudio.

Cummins (1996), después de revisar mil quinientos estudios que medían "satisfacción de vida", de los cuales se desprendían veinte y siete definiciones relativas a calidad de vida, estableció los siguientes dominios o áreas relevantes en este proceso de valoración: bienestar, dominio-material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunidad y bienestar emocional. Estas siete condiciones resaltan la propia sociabilidad del individuo contra las oportunidades externas de establecer relaciones. (Hagerty et al. 2001; Veenhoven 2001; Suardíaz, 2004).

Luego de lo analizado se puede concluir que la calidad de vida es un constructo caracterizado por: subjetividad, multidimensionalidad y presencia de dimensiones positivas y negativas.

## **2.- Calidad de vida relacionada con la salud.**

Desde que en 1948 la OMS definiera la salud como la presencia de bienestar físico, psicológico y social, la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha ido adquiriendo paulatinamente gran importancia como medida de resultado en el ámbito sanitario, convirtiéndose en un tema central de estudio e investigación. (Miguel, 2001)

El desarrollo de este concepto ha sido un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, al haberse hecho insuficiente las medidas tradicionales de

morbimortalidad y expectativa de vida. Se integra con importancia la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. (Shwartzman, 2003).

La CVRS define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo. Esta medida no incluye solo los aspectos fisiopatológicos de una enfermedad sino también los factores psicosociales inherentes a la misma. (Miguel, 2001). Así, podemos señalar que aporta una mirada desde el individuo afectado y de cómo esta persona vivencia su enfermedad. Es así como la percepción de los individuos se transforma en un aspecto necesario de incorporar en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa, 1996; citado en Shwartzman 2003).

La Autopercepción de salud es un concepto del cual depende la CVRS. Purón y Couso señalan que la apreciación valorativa que establece el individuo en relación consigo mismo y con sus semejantes por su condición humana, está estrechamente relacionada con el sentimiento de salud positiva que deseamos desarrollar en nuestra sociedad. Por lo que la salud del anciano estará relacionada con el sentimiento de percibir que sus familiares se ocupan de él, pues constituye un momento importante en el reajuste de valores que le son imprescindibles a la tercera edad (Purón y Couso, 1999)

El enfoque integral de la atención en salud incorpora el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por determinantes

biopsicosociales, donde el nivel de ingresos económicos, el estado de ánimo, el soporte social y los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones (entre otros) son los elementos que tendrán que ser intervenidos si queremos mejorar la salud de la población (Bárez, 2002). Por lo que es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de las personas serán los que más influyan a la hora de que ellos mismos evalúen su calidad de vida.

Shwartzman se refiere a la evaluación de calidad de vida en un paciente como a la representación del impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar (Shwartzman, 2003). Otros

como Patrick y Erickson (1993) (citado por Schwartzman, 2003) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud; para Naughton y cols. (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (Citado por Shwartzman, 2003). Todas apuntan a un elemento fundamental, la autopercepción del individuo. Lo que nos sitúa en una etapa donde las personas dejan de ser espectadores de lo que sucede con su salud, enfermedad, tratamiento, rehabilitación y muerte; pasando de pacientes a actores fundamentales de estos procesos.

Es así como las pugnas entre lo objetivo y subjetivo, están siendo reemplazadas por la complementariedad de ambas. Ya que si queremos ser coherentes con los modelos de

integralidad que hoy se enseñan en la mayoría de las carreras del área de la salud, estos elementos no pueden estar fuera, ya no solo de la discusión, sino del quehacer mismo.

### **3.- Dimensiones Psicosociales de la calidad de vida.**

Calidad de vida general, bienestar subjetivo, satisfacción vital, bienestar social, son todos parte de una terminología que se relaciona con la felicidad. A partir de innumerables controversias, actualmente existen ciertos consensos:

1.- El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva (Bradburn, 1969, citado en Ballesteros, 2006; Veenhoven, 1984; Diener, 1994)

2.- El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en el Bienestar Subjetivo, en los aspectos afectivos-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos valorativos, referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida (Veenhoven, 1984; Diener y Diener, 1995; Salinas y del Vio 2002).

Como afirma Argyle (1993), el bienestar subjetivo representa el principal aporte de la psicología al estudio de la calidad de vida. Según él: "Son varios los movimientos que han estado relacionados con la calidad de vida, por ejemplo, los economistas del desarrollo miden la calidad de vida de los países en vías de desarrollo por su renta per cápita, porcentaje de empleados, longevidad y educación. La psicología puede añadir otra medida -el bienestar subjetivo. No es bueno hacer a las personas más ricas si no se las hace también más felices" (Citado por García, 1997)

Según la Organización Mundial de la Salud, a medida que aumentan la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía, o sea, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y referencias propias, y la independencia, es decir, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Es por lo anterior que el desarrollo de esta dimensión la realizaremos desde la perspectiva del autocuidado de los adultos mayores. Y uno de los estudiosos que se refiere a esto es Lalonde (1996) quien define al estilo de vida como al “conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control “. Y lo identifica, además, como una de las determinantes de la situación de salud de las poblaciones. Desde este punto de vista las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

En los estudios realizados sobre estilo de vida se lo vincula especialmente con la salud física, es posible ampliar la acepción de este término.

En el adulto mayor, según los conceptos que hemos analizado anteriormente, la calidad de vida resulta dependiente no sólo del estado biológico sino de las condiciones del medio ambiente relacional en el sentido amplio (interacción social, hábitos, grado de alfabetización, uso del tiempo libre, historia de vida, etc.) ya que, estos propician un determinado estado de salud, tanto en lo objetivo como en el registro de lo subjetivo.

En el estudio SABE, realizado por la organización panamericana de la salud, se plantea que la influencia que los aspectos económicos, sociales y familiares tienen en el bienestar de las personas adultas mayores varía según las peculiaridades demográficas, el desarrollo económico y la adecuación de los sistemas de salud y bienestar social (Albala y cols., 2005).

A pesar de que la amplia difusión del paradigma biomédico (Estress-Binney,1986; Salvareza, 1999(citado por Sanhueza, 2005); Monchiatti y Lombardo, 1999; Zorrilla, 2002) ha favorecido a nivel de la representación social la asociación vejez y enfermedad, no existirían enfermedades propias de la vejez sino en clara relación con la calidad de vida y el estilo de vida. La edad no determinaría el estado de salud sino que éste, más bien, se relaciona con factores socioculturales y estilos de comportamiento. En este sentido no existe una única forma de vivir la vejez sino diferentes estilos de vida, dependientes de la particular constitución subjetiva y de la modalidad de relación con el medio ambiente inmediato y mediato.

Un estudio realizado en Chile identifica tres grandes áreas identificadas por los adultos mayores como aquellas que dan sentidos a sus vidas:

- 1) El sentido de su vida lo encuentra en la relación con su interioridad y su historia de vida.
- 2) El sentido de su vida lo encuentra en lo que hace
- 3) El sentido de su vida lo encuentra en apreciar la vida o amar, solidarizar y relacionarse con personas.

Este estudio concluye que los adultos mayores se sienten bien por los logros de su vida, aceptan sus fracasos y dolores, asumiéndolos aunque con el ánimo de luchar por obtener lo mejor posible de su vida. (Barros y Forttes, 2000; Barros y Forttes, 2003)

Otra dimensión psicosocial que se incluye al medir calidad de vida es la Autoeficacia, definida como la evaluación de la propia capacidad de ejecutar efectivamente las conductas necesarias para manejar una situación (Bandura, 1977), esta teoría se basa en la distinción entre expectativas de resultados, como la creencia de que a un determinado comportamiento les seguirán unas consecuencias determinadas (Bandura, 1977, 1986; citado por Báñez, 2002). Otros autores la definen como un constructo global que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Sanjuán y cols., 2000).

Cuando se evalúa la autoeficacia, se hace en un sentido concreto, desde la percepción que el individuo tiene con respecto a una situación específica. Es así como la Escala de Autoeficacia General (Schwarzer y Baessler, 1996) evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. (Sanjuán y cols., 2000).

Algunos autores señalan que la autoeficacia estaría relacionada con el afrontamiento y sería condición necesaria para evaluar el grado de salud mental de una persona (Belloch e Ibañez, 1992, citado por Lluch, 1999) y elemento fundamental para que desarrolle acciones de protección de su salud, así quienes afrontan activamente, son las que

presentan mayores creencias de autoeficacia. (Font, 1991, Brennan, 2001). Es así como la expectativa de autoeficacia puede influir tanto en sentimientos como pensamientos y acciones. Las personas con pocas expectativas tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad (Sanjuán y cols. 2000). Por lo que promover la autoeficacia hace que las personas recuperen el control nuevamente y mejoren su autoestima y confianza (Brennam, 2001 citado en Bárez, 2002)

Estudios realizados por el CELADE, les permiten afirmar que la calidad de vida de los adultos mayores mejora mediante el fortalecimiento de la autoeficacia y del entrenamiento en el autocuidado, las habilidades sociales, la resolución de problemas y apoyo social. Los adultos mayores con altos niveles de autoeficacia tienen un mejor funcionamiento psicológico y una mejor calidad de vida (CELADE, 2003).

Algunos hayazgos plantean que las personas que afrontan activamente los eventos que les suceden, son quienes presentan más creencias de autoeficacia, lo que les facilita desarrollar acciones de autocuidado (Font, 1991; Brennan, 2001; citados en Bárez, 2002). Esto puede variar, dependiendo de la situación o del aprendizaje-experiencia del individuo. Así también, el apoyo social influye en el juicio de control y en la autoeficacia, ya que la interacción entre los recursos personales y los del ambiente, se traducen en el actuar de los individuos (Merluzzi y Martínez, 1997; citado por Bárez, 2002) Es por esto que promover la participación social es un factor protector de depresión (Tuesca-Molina y cols., 2003). Junto con esto, reforzar el apoyo social y de esta forma, la autoeficacia; son estrategias que deberíamos desarrollar ya que influye en que las personas mantengan el control, mejoren su autoestima y confianza (Brennan, 2001).

La Autoestima es otra de las dimensiones psicosociales incluida en la medición de calidad de vida en el presente estudio. Entendida como una cualidad inherente al ser humano, pero en el transcurso de la vida ésta la desarrolla de acuerdo a las diversas situaciones que vive. El mirarse a sí mismo, en otras condiciones que no son las de sí mismo, constituye un elemento negativo para la autoestima, que finalmente va desviando el comportamiento del anciano con respecto a su salud, pues ésta depende de las condiciones en que ha experimentado, las cuales se desempeña en la realidad, y no en las que desearía o quisiera desenvolverse (Purón y Couso, 1999).

En el estudio “Cualidades morales de salud en el adulto mayor” realizado en Cuba, la autoestima o autoconcepto es considerado como uno de los componentes del concepto “moral de salud”, y que constituye un valor espiritual, pero cuando este se manifiesta en la consecución de un bien, pasa a formar parte de los valores morales. En este sentido se utiliza como cualidad moral del adulto mayor (Purón y Couso, 1999). Esta investigación concluye que las cualidades que se encuentran más desarrolladas en los adultos mayores fueron: autoestima, autoayuda, respecto a si se ayuda a sí mismo, el compromiso y el respeto relacionado con el sentirse respetado. De esta forma, la moral de salud como fenómeno social, de la conducta cuidadora, aun estando vinculado con las costumbres y tradiciones del adulto mayor, es posible fomentarla con un trabajo multidisciplinario de promoción y prevención, que conduzca a su fortalecimiento para lograr la participación activa del anciano por su salud (Purón y Couso, 1999).

Otro aspecto estudiado al respecto, ha sido el aislamiento del adulto mayor de su vínculo familiar, lo que lo lleva a retraerse y deprimirse, ocasionándole sentimientos de pérdida, tristeza, desinterés por las actividades, merma de la energía, pérdida de la confianza y autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad e ideas de muerte y suicidio (OMS, 2001)

Algunos hallazgos señalan que la pérdida de poder adquisitivo sufrida por un grupo de adultos mayores en Colombia, de 65% entre 1997 y 2001, así como la situación de aislamiento en que viven, marca la pérdida de independencia y autoestima (Cardona y cols., 2006).

Para finalizar esta sección, no se puede dejar de mencionar la necesidad existente de comprender mejor el sentido social y ético del concepto de calidad de vida, y tratando de acercarnos a esto, la siguiente sección pretende desarrollarlo desde la perspectiva de la relación existente entre vejez, calidad de vida y participación social.

#### **Sección 4: Participación social.**

Las primeras investigaciones en esta perspectiva, realizadas por la Organización Mundial de la Salud, fueron acerca de la relación entre factores psicosociales y salud. Indicaban que la hipertensión asociada con estrés se presenta con mayor frecuencia entre miembros de grupos minoritarios, como los ancianos (Monchietti y Krzemien, 2001). Diversas investigaciones de la OMS (1975) y la CEPAL, demuestran que las personas que participan en grupos sociales mantienen un estado de salud superior a los que están socialmente aislados; y que una vida rica en relaciones afectivas significativas tiende a prolongarse.

Al hablar de participación social nos referimos a la “participación social significativa”, proceso de interacción personal que consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa (Reyes, 2003). Fenómeno que en nuestro país tiene características particulares y coinciden con estudios que han concluido que la participación de la mujer en programas de salud ha estado íntimamente ligada a la forma en que se concibe generalmente el papel de la mujer como cuidadora de la salud de la familia y de los grupos especiales (Espinoza, 2003), y debido a que en el caso de los varones, muchos tienen que continuar trabajando después de terminar su vida laboral; persiste el machismo, no se sienten interpretados por las organizaciones existentes, eminentemente femeninas, asociándolas a la continuidad de los centros de madres, argumentando que las actividades son poco varoniles y que sus intereses van por actividades más acorde con su género (Genúa y cols, 2005; Montes de Oca, 1995, Duque, 2002; Krzemien, 2001).

Los estudios de Thonse (1982) (citado por Monchietti y cols; y por Krzemien) muestran altas correlaciones entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida activo para enfrentar las dificultades; en contraste con altas correlaciones entre percepción subjetiva de malestar y un estilo de vida pasivo ante las dificultades. Se evidencia una relación positiva entre factores psicosociales y calidad de vida.

Las llamadas redes sociales de apoyo están relacionadas con el mantenimiento de un buen estado de salud y en la prevención y atenuación de situaciones críticas. Por el contrario, la insuficiencia de lazos de apoyo tiene efectos negativos sobre la persona y ha sido relacionado con enfermedades físicas y altos porcentajes de consultas psiquiátricas y psicológicas. (Negri, 1995; Riley, 1987). En el estudio realizado por Albarracín y cols. (1997) destacan la importancia de las redes de apoyo en Gerontología, siendo evidente en ambos la relación entre red social de apoyo y sentimiento de bienestar; mientras que “la carencia de solidaridad estaría en la base de muchos de los trastornos y males de nuestra cultura. También consideraron parámetros subjetivos, es decir, no sólo que la persona reciba apoyo social sino que lo perciba como tal, para la salud física y mental.

Ysern de Arce (1999) en su ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre “La tercera edad en el tercer milenio, un desafío para todos”, afirma que “los paradigmas y modelos de la sociedad actual contribuyen a crear en el anciano un sentimiento de frustración, pero que hay motivos como para tejer esperanzas de cambio positivo.” Incluso, los hallazgos de Qinoming y Besser (2003) señalan que a pesar de las circunstancias duras que enfrentan los adultos mayores que envejecen en comunidades

rurales y las limitaciones geográficas que pueden dificultar la participación social, son capaces de integrarse y generar actividades de mejoras en su comunidad.

En la revisión realizada por Monchetti y Krzemien (2002) se muestra que mediante datos empíricos, se demuestra la importancia de la educación permanente, en tanto actividad psicosocial, para una mejor calidad de vida. Las conclusiones de uno de los estudios indicados en la revisión, muestran que “los ancianos que no desarrollan actividad alguna, se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos”.

En consecuencia, entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez.

Por lo que el apoyo que se genera a partir de la participación social, se podría definir como el “apoyar a otro es preocuparse porque no falle, es darle valor y confianza, es asistirlo para que enfrente mejor su situación.” (Barros y Herrera, 2003). Estas autoras también lo identifican como un factor asociado al bienestar psicosocial, y desde esta perspectiva lo incorporamos como una dimensión integrada a la calidad de vida, siendo esta última un resultado de un conjunto de dimensiones interrelacionadas que interactúan dinámicamente en el tiempo.

Este apoyo se expresaría en intercambiar experiencias, proveer información y consejos; brindar ocasión de expresar emociones y recibir; comprensión, afecto, consuelo y aliento. Sí también el asistir con cuidados, bienes y servicios que pudieran requerirse para salir adelante. (Barros, Herrera, 2003)

Es presentado por estas autoras como un recurso que fortalece la capacidad del adulto mayor de:

“Hacer frente en forma más efectiva a demandas de la vida diaria al establecerse lazos de solidaridad y responsabilidad mutuas, que permite a los integrantes tener la seguridad que pueden contar unos con otros en caso de necesidad. Eso hace sentirse respaldados, confiados y seguros. Sobrellevar sus dificultades y limitaciones. Percibir que se es alguien significativo para otros afianza la autoestima, da sentido a la vida y compensa las carencias. Sobrellevar dolor y pérdidas al dar oportunidad de expresar emociones y descargar ansiedad y de recibir consuelo y aliento.” (Barros, Herrera, 2003).

En el informe de desarrollo humano en Chile del año 2000 "Más Sociedad para Gobernar el Futuro", se presentan resultados muy interesantes que permiten adentrarnos más en el fenómeno social de la participación. Los sueños de las personas se asocian a la participación, ¿Dónde podemos expresar nuestras opiniones, aspiraciones, sueños, utopías?, Según los datos, las respuestas indican que en la familia y muy poco en la política y en los medios de comunicación. Por otra parte, las personas que tiene una alta valoración de los sueños son también las más participativas. Por el contrario, la gente que no participa en organizaciones formales o informales tiene una baja valoración de sus sueños.

Así también miden la Asociatividad, para lo cual se construyó un índice para efectuar su cuantificación, evidenciando un reparto desigual del capital social. El grupo socioeconómico alto dispone de más capital que los demás, reforzando la desigualdad

económica. En efecto, quienes más requieren de más capital social son aquellos que menos bienes materiales poseen.

En el mismo informe se señala que Chile registra 56 organizaciones por cada 10 mil habitantes, lo que indica que estamos muy por debajo de Suiza, pero bastante por encima de Argentina. Al revisar los datos por regiones, destaca Aysén, que tiene la mayor cantidad de organizaciones por habitantes. Y al analizar los intereses que tienen las personas para participar, básicamente son temas de carácter económico. Destacando las regiones de Maule, Aysén y Magallanes, donde la gente se organiza para "pasarlo bien".

Considerando los aportes de Caplan a la Psicología Social, la participación social haría referencia a sistemas de apoyo o suministros psicosociales como uniones entre individuos, caracterizados por: ayuda material, asistencia física, compartir pensamientos, sentimientos y experiencia, y contactos sociales positivos. (Caplan y Keane, 1985).

Más que el número de contactos sociales, es importante la calidad de los mismos. En este sentido, el fortalecimiento de los lazos sociales, familiares, las visitas y participación en actividades socio-~~eco~~comunitarias serían factores importantes para promover la salud en la ancianidad. (OPS, 2005) Estas redes sociales apoyan al adulto mayor satisfaciendo aquellas necesidades que no son cubiertas por el sistema formal. El hecho de tener todavía objetivos y metas en la vida y de seguir formando parte activa de un grupo social está relacionado con el mantenimiento de un buen nivel de salud. (Monchietti y Krzemien, 2002)

El estudio de Thi revela que en los pueblos pequeños y comunidades rurales, el capital social y sentido de comunidad son componentes esenciales de mayor participación en las

actividades de mejora de comunidad sin tener en cuenta la edad, género, educación, e ingreso. Sin embargo, el capital social consiste en varias dimensiones que se relacionan realmente a la mayor participación de la comunidad. Como lo son, la generación de lazos sociales formales y normas de acciones colectivas, el mayor interés de ser parte de la comunidad. Esto se relaciona con el efecto e influencia de la comunidad, y las organizaciones formales sobre sus miembros (Quiaoming y Besser, 2003).

Según Erikson (1963), los que envejecen deben mantener una función generativa: por un lado, deben producir y crear; y por otro, relacionarse con los demás y sentirse responsable de ellos, pues se vive en relación con otros, y esto implica orientarse a tareas, cumplir con causas a las cuales servir y relacionarse con otros a través de la comunicación y solidaridad social.

Esto también se ve reflejado en la definición que la Organización Mundial de la Salud hace con respecto al estado de salud de las personas mayores, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Cobra gran importancia, entonces, disponer de servicios sociales y de salud destinados a promover un envejecimiento sano, prevenir la ocurrencia de problemas que pudieran afectar la capacidad de los individuos para desempeñarse por sí solos y crear programas destinados a ayudarlos cuando sea necesario.

Considerando las ideas de Caplan (1974), la participación en actividades sociales e interacciones significativas, permitiría el desarrollo de las potencialidades y recursos que el anciano posee. Pero la participación social no sólo tiene que ver con la iniciativa que

podría vincularse al estilo de vida de cada sujeto, a sus modelos relacionados interiorizados, o desde otra perspectiva con el lugar que la sociedad asigna a quien envejece, sino también a las características biopsicosociales de este grupo etéreo y a las particularidades existentes desde la perspectiva de género. Así, la participación de la mujer en programas de salud ha estado íntimamente ligada a la forma en que se concibe su rol de cuidadora de la salud de la familia y de los grupos especiales (Espinoza, 2003). Y en el caso del hombre, debido a las necesidades económicas, muchos tienen que continuar trabajando después de terminar su vida laboral; junto con esto, persiste el machismo, no se sienten interpretados por las organizaciones existentes, eminentemente femeninas, asociándolas a la continuidad de los centros de madres, argumentando que las actividades son poco varoniles y que sus intereses van por actividades más acorde con su género (Genúa y cols, 2005)

Otro aspecto a tomar en cuenta está relacionado con la necesidad de evitar la marginación de los adultos mayores, producida con mucha frecuencia a partir de indicaciones que consciente o inconscientemente se centran en las características propias de este grupo etéreo, malinterpretando su condición de grupo frágil dentro de la sociedad. Por ello, y con el fin de asegurar que las políticas incorporen una visión integral de los adultos mayores, es importante que los objetivos y orientaciones garanticen la participación de las personas mayores en el seno de la sociedad, considerando que su aporte será de características diferentes, con sus propias particularidades.

---

## Capítulo III : Objetivos

---

### 1.- Objetivo General:

Determinar si existe relación entre la participación de los adultos mayores en proyectos de promoción de la salud y su calidad de vida.

### 2.- Objetivos Específicos:

2.1.- Caracterizar la participación social que presentan los adultos mayores estudiados.

2.2.- Describir el tipo de actividades más frecuentes realizadas por los adultos mayores en los proyectos de promoción de la salud.

2.3.- Identificar el perfil del adulto mayor que participa en proyectos de promoción de la salud.

2.4.- Identificar las principales dimensiones de la calidad de vida relacionados con la participación en proyectos de promoción de la salud.

2.5.- Plantear sugerencias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

---

## Capítulo IV : Hipótesis

---

En el presente estudio se trabajará con la siguiente **hipótesis**:

*“Los adultos mayores que participan en actividades de promoción de la salud presentan mejor calidad de vida en comparación con los adultos mayores que no participan en actividades de promoción de la salud “.*

---

## Capítulo V : Método

---

### 1.- Diseño del estudio.

Un primer criterio que caracteriza el presente estudio, es que corresponde a una investigación aplicada, ya que “busca el conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar” (García, 2002). Esta investigación pretende contribuir en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, publicando, compartiendo y llevando a la práctica los resultados.

Un segundo criterio para tipificar esta investigación se define según “el tratamiento o análisis que recibirán primordialmente, tanto los datos como la información recogida” (Retamal, 2005), según esto, tiene un enfoque cuantitativo, estudiando la asociación entre variables cuantificadas. Según Hernández y Sampiery (2003, pg. 18) la investigación cuantitativa nos ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga el control sobre los fenómenos y un punto de vista de conteo y magnitudes de estos.

Un tercer criterio para definir este estudio es que su nivel es de carácter descriptivo, caracteriza el problema planteado anteriormente, indicando los rasgos más importantes y diferencias entre los dos grupos de comparación

Un cuarto criterio de tipificación se basa en dos factores “el estado de conocimiento en el tema de la investigación que nos revele la revisión de la literatura y el enfoque que el investigador quiera dar” (Hernández, 2003), según lo anterior, el enfoque de este estudio es de tipo correlacional, ya que tiene como objetivo medir la relación existente entre la participación que los adultos mayores en actividades de promoción de la salud y su calidad de vida. Taucher plantea que para hacer esto deben medirse ambas variables simultáneamente, por lo que utilizaremos un corte transversal o transeccional, ya que se recolectarán los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir las variables, y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado (Hernández, 2003). A través de estudios correlacionales podemos, parcialmente, obtener un valor explicativo, ya que al identificar la relación existente, estaremos aportando cierta información explicativa.

Un quinto criterio de tipificación de esta investigación es que es no experimental. Este tipo de investigaciones se desarrollan sin manipular las variables, es decir, “donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes” (Hernández, 2003)

## **2.- Universo y muestra.**

### **Universo:**

El universo está conformado por el total de adultos mayores de la provincia de Curicó, lo que asciende a un total de 27.000 personas (SENAMA, 2002). Se realizó una muestra intencionada en siete de las nueve comunas, que presentan mayor número de proyectos

de promoción de salud, desarrollados por organizaciones de adultos mayores entre los años 1998 y 2002 y que tienen mejores vías de acceso geográfico.

### **Muestra:**

Se conformó la muestra según los siguientes criterios de inclusión:

- Edad: Personas con 65 o más años de edad, cumplidos a la fecha de aplicar el instrumento.

Facultades Cognitivas en buen estado: Los individuos que integraban ambos grupos tenían que estar en condiciones mentales aptas para contestar las preguntas, lo que se medía a través de algunas preguntas que permitieran constatar que el adulto mayor estaba orientado en tiempo y espacio.

Cumplidos estos criterios de inclusión, la muestra se divide en dos grupos:

Adultos mayores que participan en proyectos de promoción de la salud (grupo 1) y

Adultos mayores que no participan en estos proyectos (grupo 2).

Para conformar el grupo 1, se eligió al azar, el 50% de los integrantes de estas organizaciones sociales, que habían presentado y realizado proyectos de promoción de la salud en los años 1998 al 2002 en la provincia de Curicó. A quienes se les aplicó el instrumento de medición.

Para conformar el grupo 2, se eligió aleatoriamente un número similar de adultos mayores que no habían tenido participación en proyectos de promoción de la salud, no eran parte

de organizaciones sociales de la provincia en estudio y estaban asistiendo a controles en los centros de salud local.

Según las etapas, la muestra fue Polietápica, ya que en una primera etapa se seleccionaron las comunas donde se habían realizado más proyectos de promoción de salud donde participaran grupos de adultos mayores, luego se eligieron aquellas donde fuera más fácil el acceso. En una tercera etapa se contactaron a las directivas de estos grupos que habían participado de los proyectos y con el libro de inscritos de cada organización se sortearon al azar, los integrantes de cada grupo que sería encuestado.

Y para finalizar con la selección del grupo que no participaba en organizaciones sociales; esta etapa se realizó en conjunto con la enfermera encargada del programa de adultos mayores de los centros de salud local de las comunas seleccionadas: se revisó el registro de ingreso del programa, donde se señalaba si la persona pertenecía a algún grupo comunitario, se seleccionaron a aquellos que no participaban, se les visitó, y luego de constatar que cumplían con los criterios de inclusión, se les encuestaba.

### **3- Definiciones operacionales.**

**3.1.- Adultos Mayores:** Personas de 65 o más años de edad.

**3.2.- Adultos mayores participantes:** Adultos mayores de las comunas en estudio que cuenta con personalidad jurídica y han realizado actividades de promoción de la salud.

**3.3.- Adultos mayores sin participación social:** Adultos mayores de las comunas en estudio que no han participado como integrantes de organizaciones sociales, en el periodo de 10 años previos al estudio, ni en la actualidad.

**3.4.- Participación en actividades de promoción:** Haber participado en uno o más proyectos de promoción de la salud en su comuna, durante el período de 1998 al 2002, siendo parte de una organización de adultos mayores.

**3.5.- Calidad de vida:** Satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro del trabajo y en el ámbito comunal, en relación con las cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad.

#### **4.- Variables de estudio.**

Se estudiaron dos variables:

##### **Variables independientes:**

**1.- Participación de adultos mayores en proyectos de promoción de la salud, siendo integrantes de una organización de adultos mayores.**

1.1.- Tipo de organización social en la que participa.

1.2.- Satisfacción con la participación.

1.3.- Actividades que realiza en las organizaciones en que participa.

- 1.4.- Motivación para participar.
- 1.5.- Motivación para no participar.
  
- 2.- Edad.
- 3.- Estado civil.
- 4.- Nivel de FONASA.
- 5.- Sector de residencia.
- 6.- Comuna de residencia.
- 7.- Nivel educacional.
- 8.- Religión.
- 9.- Realización de trabajo remunerado.
- 10.- Satisfacción con el trabajo.

## **Variables dependientes**

### **1.- Calidad de vida de los adultos mayores.**

- 1.1.- Calidad de vida General
- 1.2.- Autopercepción de salud.
- 1.3.- Percepción de padecer de alguna enfermedad crónica.
- 1.4.- Tipo de enfermedad crónica que padece.
- 1.5.- Percepción de limitación por enfermedad crónica.
- 1.6.- Limitación en actividades de la vida diaria.
- 1.7.- Afectividad positiva.

- 1.8.- Afectividad negativa.
- 1.9.- Balance afectivo.
- 1.10.- Satisfacción vital General.
- 1.11.- Apoyo Social.
- 1.12.- Percepción de hechos vitales:
- 1.13.- Autoeficacia.

Comparándose las variables dependientes con los resultados obtenidos en el grupo de control.

## **5.- Procedimientos de recolección de la información.**

Para la recolección de datos se conformó una batería compuesta de tres conjuntos de instrumentos con el fin de identificar los antecedentes generales de los encuestados, las características de los proyectos desarrollados y la Calidad de vida que presentan.

Estas se detallan a continuación:

### **Sub Batería 1: Antecedentes Sociodemográficos.**

En ésta se recogió información respecto a edad, estado civil, Nivel de FONASA, sector y comuna de residencia, nivel educacional, religión, realización de trabajo remunerado y satisfacción con el trabajo.

### **Sub Batería 2: Participación Social.**

Recopilando información con respecto a participación en organizaciones sociales, tipo de organización social en la que participa, satisfacción con la participación, actividades que realiza en las organizaciones en que participa, motivación para participar, motivación para no participar.

### **Sub Batería 3: Calidad de Vida.**

Se recogió información con respecto a la autopercepción de salud, percepción de padecer de alguna enfermedad crónica, tipo de enfermedad crónica que padece, percepción de limitación por enfermedad crónica, limitación en actividades de la vida diaria. Para estos efectos se construyeron los ítems correspondientes, en base al instrumento usado por el MINSAL para medir la autovalencia de los adultos mayores.

Además se incorporaron las siguientes escalas de medición:

**Afectividad Positiva y Negativa:** La medición de la afectividad positiva y negativa se realizó con la escala de equilibrio afectivo (The affect balance scale) de Bradburn, N.M. Diseñada en el año 1965 y revisada en 1969. Esta escala fué validada para España por Páez y colaboradores (Páez y cols. 2000) y por Alvarado y Vera (1991) para Chile. La que tiene como objetivo evaluar el bienestar psicológico a través de los sentimientos subjetivos (positivos y negativos) que las personas experimentan frente a los eventos de la vida cotidiana. Se compone de 18 categorías, 9 de afectividad negativa y 9 de afectividad positiva. El formato de respuesta es de tipo Likert, donde 0 significó “Poco o Nunca”; 1 “A veces” y 2 “Generalmente”.

Proporciona información acerca de la habilidad personal para afrontar los estresores cotidianos, los estados emocionales que persisten después de situaciones estresantes, la magnitud del estrés.

Constituye un indicador de felicidad o bienestar psicológico general incluyendo la medición de dos dimensiones: sentimientos positivos y sentimientos negativos. Estas dimensiones son independientes pero el equilibrio afectivo (índice global de la escala) viene determinado por el balance entre ambas. Los factores positivos pueden compensar a los negativos, favoreciendo el mantenimiento de un cierto nivel de bienestar general.

La fiabilidad de la escala: Los coeficientes de consistencia interna para los ítems de la escala positiva oscilan entre 0.47 y 0.73 y para la escala negativa entre 0.48 y 0.73 (según diversos estudios). El test-retest presenta un coeficiente de fiabilidad de 0.90.

La validez de la escala: La correlación con un índice que mide rasgos neuróticos (elaborado por Berkman, 1971) fue de 0.48. Las correlaciones con diversas escalas de estado de ánimo varían entre 0.61 y 0.64.

Para este estudio la confiabilidad fue medida través del Alfa de Cronbach, con resultados de 0,7364 para afectividad negativa y de 0,6755 para afectividad positiva.

A partir de esta escala se obtuvo la variable **balance positivo de afectos**; ésta es un indicador de intensidad afectiva, la cual se obtiene sustrayendo a las puntuaciones de afectividad positiva las puntuaciones de afectividad negativa (Páez y cols. 2000).

**Satisfacción vital General:** La medición de la satisfacción vital general se realizó con la escala de satisfacción con la vida (Satisfaction with life scale, SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin. (1985), la cual tiene por propósito evaluar la satisfacción general con la vida y no aspectos específicos de ésta. Incorporando una única dimensión evaluada con 5 ítems referidos a la valoración afectiva de la propia vida.

La fiabilidad de la escala fue medido con el coeficiente alfa es de 0.87 y la fiabilidad test-retest es de 0.82

La validez de la escala: La correlación con diversas escalas de bienestar subjetivo oscila entre 0.47 y 0.75 (según diversas muestras). Los análisis factoriales obtienen un solo factor que explica el 66% de la varianza total.

Para este estudio la confiabilidad fue medida través del Alfa de Cronbach, con resultados de 0,6471. De este modo se les preguntó a las personas “Considerando todos los aspectos de su existencia, ¿cuán satisfecho/a se siente usted con su vida en general? El formato de respuesta fue de tipo Likert de 0 a 4 puntos, donde 0 era muy insatisfecho y 4 muy satisfecho. Al hacer la sumatoria del puntaje obtenido en la escala se establecen categorías de satisfacción vital general, según percentiles. Así se diferencian tres categorías: satisfacción vital general baja, media y alta.

### **Calidad de vida General:**

El WHOQOL-bref es una versión abreviada de 26 ítems del WHOQOL 100 que ha sido desarrollado utilizando datos de los trabajos de campo del WHOQOL 100. Incorpora dimensiones referentes a facetas particulares de la calidad de la vida (e.g. sensaciones positivas, ayuda social, recursos financieros), relaciones más grandes de los dominios (e.g. físico, psicologico, social) y una cuenta referente a la calidad total de la vida y de la

salud general. Estos dominios se han combinado por lo tanto y se determinan cuatro dominios importantes: relaciones y ambiente físicos, psicológicos, sociales. Este instrumento se puede utilizar en una variedad de ajustes culturales mientras que permite los resultados de diversas poblaciones y de países (O.M.S., 1999).

Con el objetivo de utilizar un instrumento orientado a medir calidad de vida en adultos mayores, y como resultado de la prueba piloto, se realizó una adaptación transcultural y validación de presentación (face validity) con expertos, como antes se señaló. Esto permitió adaptar el lenguaje y se eliminaron cuatro preguntas que no fueron contestadas por la muestra piloto. Con estas modificaciones la confiabilidad fue medida través del Alfa de Cronbach, con resultados de 0,8421.

Al hacer la sumatoria del puntaje obtenido en la escala se establecen categorías de calidad de vida, según percentiles. Así se diferencian cuatro categorías: calidad de vida mala, regular, buena y excelente.

**Apoyo Social:** La escala de conductas de apoyo social (SS-B), elaborada por Vaux y cols. (1987), contiene cinco apartados: a) el apoyo emocional, b) la integración social, c) la ayuda diaria, d) la ayuda económica, y e) la orientación y el consejo. Se plantean 45 preguntas a los entrevistados, que ha de responder en una escala Likert con cinco niveles de respuesta. Tiene la ventaja de la estandarización, pero el inconveniente de la generalidad de las respuestas.

La escala de valoración del apoyo social (SS-A), desarrollada por Vaux (Vaux y cols. 1986; Vaux, 1988, citada por Hernández, 2005), sigue los planteamientos teóricos de Cobb (1976), y mide el nivel percibido (por parte de la persona encuestada) de cariño, de estimación y de atención por parte de la familia, los amigos y los conocidos. La escala

contiene 23 preguntas sobre aspectos de percepción y valoración de las relaciones: a) con la familia, b) con los amigos, y c) con los conocidos. El sujeto ha de responder a cada pregunta con una respuesta graduada en cuatro niveles de acuerdo-desacuerdo en una escala Likert.

**Percepción de hechos vitales:** Esta escala de Holms y Rahe (1967), consiste en una lista de 43 sucesos vitales con una puntuación pre-establecida. Adaptada por Paez y colaboradores en España (1986), reduciéndola a 18 ítems. Validada para Chile por Vera (Fernández-Berrocal, 1994).

Este cuestionario mide la cantidad de sucesos, intensidad y vivencia de los cambios ocurridos en la vida de una persona durante el último año. Los sucesos vitales recogidos agrupan situaciones tanto positivas (como por ej. ascenso en el trabajo o casarse), como negativas (por ej. muerte de un familiar, situación de violencia física o problemas con amigos). Ha de tenerse en cuenta que la nueva versión incorpora sucesos con alta incidencia entre la población juvenil, como son: problemas con amigos, exámenes o aborto. Por lo que se debieron adaptar algunas de las preguntas, centrándolas en la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la muestra.

Las normas de aplicación señalan que debe indicarse para cada suceso “no” si no le ha sucedido y “sí” en caso de que le haya ocurrido, además, en el caso de que le haya sucedido, existe una escala con una intensidad de 1 a 4 (de menor a mayor intensidad).

También, para cada acontecimiento debe de indicarse la vivencia: hecho negativo “-”, neutro, neutro “0” o positivo “+”. Finalmente, la persona señala cuál de todos los sucesos acontecidos ha resultado subjetivamente para él como el más impactante. Lo cual se redujo para la aplicación en el presente estudio, ya que al ser realizado el piloto, no fue comprendida por los adultos mayores.

**Autoeficacia:** Escala de autoeficacia general (*General self-efficacy scale*, GSES) de Schwarzer, R. (1993), la que tiene por objetivo evaluar la confianza que la persona tiene en su propia competencia para manejar situaciones complejas o estresante. Incorporando una única dimensión referida a la autoeficacia percibida.

La fiabilidad de la escala: El coeficiente alfa obtenido en diversos estudios oscila entre 0.79 y 0.93. En una muestra hispana, el valor alfa es de 0.81

La validez de la escala: Las correlaciones con escalas de depresión están entre  $-0.42$  y  $-0.52$ ; con escalas de ansiedad van de  $-0.43$  a  $-0.60$ ; con escalas de optimismo oscilan entre 0.55 y 0.57 (según diversos estudios). En análisis factoriales se obtiene un solo factor que explica el 39% de la varianza total.

Esta escala ha sido traducida a varios idiomas. La adaptación de la versión española ha sido realizada por Schwarzer y Baessler (1996).

Esta batería fue sometida al juicio de tres expertos, académicos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile: Sra. Julia González, Sr. Pablo Tapia y Sr. Aldo Vera.

Posterior a esto, y luego de hacer las modificaciones sugeridas por los expertos, se llevó a cabo la aplicación de la batería en una muestra piloto, conformada por 36 adultos mayores del sector urbano de la comuna de Teno. El análisis de los datos permitió modificar dos escalas el instrumento: calidad de vida general y eventos vitales, mejorando así la confiabilidad y validez del instrumento.

Luego, el instrumento fue aplicado por un grupo de 25 voluntarias, de las cuales 20 eran monitoras de salud del adulto mayor del Hospital de Teno, cuatro voluntarias de la Cruz Roja de la misma comuna y una estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad de Concepción. Todas fueron previamente capacitadas para la aplicación del instrumento.

## **6.- Técnicas de procesamiento de la información.**

Para el análisis de la información que fue recogida mediante encuestas, se usó estadística descriptiva, las pruebas no paramétricas de correlación de Rangos de Spearman y la Prueba de Kruskal-Wallis para la comparación de poblaciones. El nivel de significación fue de 0,05. Los datos fueron procesados a través del sistema estadístico STATA 7.0 y SPSS 11.5.

Se construyó un número índice para la calidad de vida, mediante una reducción de variables que la operacionalizan mediante un análisis de componentes principales (ACP), definido como la técnica de análisis multivariante más antigua; sus aplicaciones prácticas se manifiestan cuando se desarrollaron los medios informáticos necesarios (Salinas y cols. 2006).

Pretende simplificar un conjunto de datos cuantitativos, procedentes de variables interrelacionadas. A partir de combinaciones lineales de variables originalmente medidas, obteniendo un nuevo conjunto de igual número de variables, no correlacionadas, llamadas componentes principales (CP), en las cuales permanece la variabilidad presente en los

datos originales. Al ordenarlas decrecientemente por su varianza, permiten explicar el fenómeno de estudios con las primeras CP. (Almenara, 1998; citado por Salinas y cols., 2006)

Esto permitió:

- 1.- Sintetizar el número de variables con las que se trabaja.
- 2.- Crear nuevos indicadores o componentes de la calidad de vida.
- 3.- Utilizar el ACP como paso previo al uso de otras técnicas de análisis como la dócima para diferencia de medias.

Se generaron indicadores de calidad de vida a partir de variables como: autopercepción de salud, percepción de limitación para realizar actividades de la vida diaria, autopercepción de ser enfermo crónico, calidad de vida general, satisfacción vital, afectividad positiva, afectividad negativa, apoyo social subjetivo, autoestima, eventos vitales, afrontamiento y autoeficacia. Medidas en las escalas anteriormente señaladas, usando la metodología estadística conocida como análisis de componentes principales. Una vez obtenidos los indicadores de calidad de vida fueron comparados, mediante la dócima para diferencia de medias, basada en la t de Student.

Se usó significación del 5% y los intervalos de confianza fueron de 95%.

De esta forma podemos identificar los componentes de la calidad de vida de los adultos mayores que tienen más influencia sobre la misma y aquellos que presentan mayores diferencias entre los grupos de comparación.

---

## Capítulo VI : Resultados

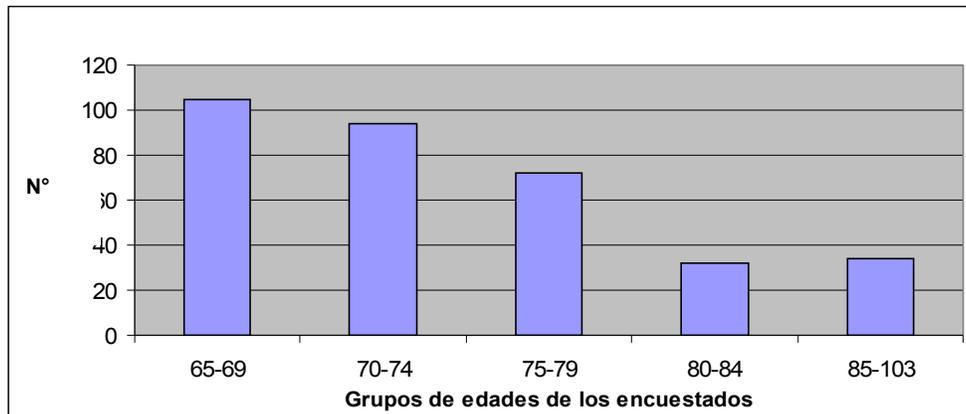
---

Con el objetivo de ordenar los resultados obtenidos, el presente capítulo se ha organizado en tres secciones. En la primera se presentan los resultados descriptivos de los antecedentes sociodemográficos de la muestra, para seguir en la segunda sección con los resultados que describen la participación social de la muestra, siguiendo en la tercera sección con la calidad de vida de los encuestados según algunas variables, como: sexo, nivel educacional y socioeconómico, percepción de ser enfermo crónico y participación en actividades de promoción de la salud. Al finalizar estas tres primeras secciones, se presenta una tabla con las correlaciones de todos los componentes de la calidad de vida incluidos en el instrumento de recolección de datos utilizado. Finalmente, la cuarta sección presenta los resultados del análisis de componentes principales que establecen las diferencias entre los dos grupos de comparación: adultos mayores que participan en actividades de promoción de la salud y los que no participan.

## 1.-Descripción sociodemográfica de la muestra.

El estudio se realizó en un total de 337 adultos mayores (AM). Como se presenta en el gráfico 1, el rango de edad de la muestra fue de 65 a 103 años con un promedio de 74 años (d.e = 6,85 años), con una moda de 65 años.

**Gráfico 1.- Distribución del número de encuestados según edad.**



En la tabla 1 se muestra la distribución de los encuestados según la comuna de residencia. Así podemos observar que la mayoría de la muestra está constituida por adultos mayores de la comuna de Curicó. Cabe destacar que el estudio se realizó en siete de las nueve comunas de la provincia de Curicó que cuenta con un total de 27.000 adultos mayores, por lo que la muestra corresponde al 1.25 % del universo.

**Tabla 1.- Número de encuestados según comuna y sexo.**

Comuna de residencia	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	N	%
Curicó	61	16	77	22,8
Teno	31	25	56	16,6
Rauco	24	9	33	9,8
Hualañé	33	23	56	16,6
Romeral	31	20	51	15,1
Molina	26	16	42	12,5
Licantén	11	11	22	6,5
Total	217	120	337	100

En la tabla 1, también se presenta la distribución de los encuestados según sexo, así podemos observar que la mayoría de la muestra (64,4%) está constituida por mujeres, lo que coincide con la realidad nacional, donde vemos que el 44,1 % son varones y el 55,9% son mujeres. (Censo 2002).

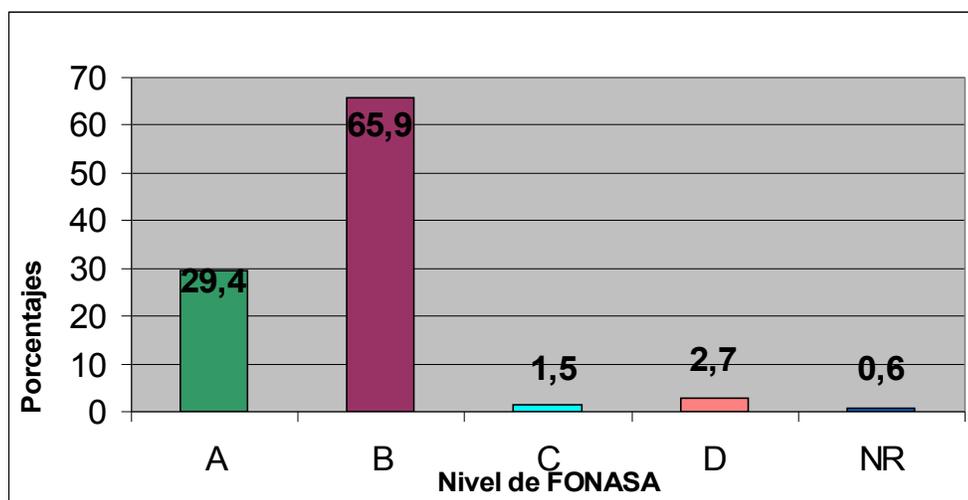
En la tabla 2 se presenta el estado civil de los encuestados, según el cual podemos señalar que la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son casados o viudos, ambos superan el 80%, donde el 40,9% es viudo, cifra que supera ampliamente la realidad nacional de la población general del 5,2% (INE, 2003).

**Tabla 2.- Distribución de los encuestados según estado civil.**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	141	41,8
Soltero	42	12,5
Viudo	138	40,9
Separado	9	2,7
Conviviente	6	1,8
No responde	1	,3
Total	337	100,0

En el gráfico 2 se muestra el porcentaje de encuestados según el nivel de FONASA, destaca que la mayoría de los adultos mayores pertenecen al nivel B (65,9%), y que casi la totalidad de ellos pertenecen al Fondo Nacional de Salud, con la excepción de dos de los encuestados que no responden la pregunta. Esto es concordante con los datos presentados por FONASA en el año 2003, donde el 70% de los mayores de 65 años pertenece al seguro social público de salud.

**Gráfico 2.- Porcentaje de los encuestados según nivel de FONASA**



**Tabla 3.- Número y porcentaje de encuestados según nivel educacional y sexo.**

Nivel educacional	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Preparatoria Incompleta	120	55,3	64	53,3	184	54,6
Preparatoria Completa	24	11,1	10	8,3	34	10,1
Humanidades Incompleta	11	5,1	8	6,7	19	5,6
Humanidades Completa	2	0,9	3	2,5	5	1,5
Educación Superior						
Completa	1	0,5	2	1,7	3	0,9
Analfabeto	59	27,2	33	27,5	92	27,3

En relación al nivel educacional (tabla 3), se observa que la mayoría de los adultos mayores (54,6%), tanto hombres como mujeres, presentan educación preparatoria incompleta. Destaca también el alto porcentaje de analfabetos, sobre el 27%, cifra que supera al promedio de analfabetismo nacional en población de personas mayores de 65 años (hombres 11,6% y mujeres 14,4%), según la encuesta CASEN, del año 2003.

En la tabla 4 podemos observar la distribución de los porcentajes de encuestados según la religión y sexo, ambos grupos presentan similares características donde la religión católica es la predominante (78,9%), seguida con un 17,6% por la evangélica.

**Tabla 4.-Número y porcentaje de los encuestados según religión y sexo.**

Religión	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Católica	180	83,3	85	70,8	265	78,9
Evangélica	31	14,4	28	23,3	59	17,6
Otra	4	1,9	1	0,8	5	1,5
No Tiene	1	0,5	6	5,0	7	2,1

## 2.-Descripción de la participación social de la muestra.

En la tabla 5 se presenta la frecuencia de adultos mayores según el tipo de organización social en la que participan, así nos encontramos que la muestra se divide en dos grupos: los adultos mayores que no participan en ningún tipo de organización social (181 personas) y los adultos mayores que participan (136 personas).

Junto con lo anterior, podemos observar que la mayoría de los adultos mayores que participan (74,2%), lo hacen en una organización social, y el 25,7% restante lo hace en más de un tipo de organización social.

**Tabla 5.- Número de organizaciones sociales en las que participan los adultos mayores.**

<b>N° de organizaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
0	181	53.7	53.7
1	101	30.0	83.7
2	37	11.0	94.7
3	11	3.3	97.9
4	6	1.8	99.7
5	1	0.3	100
Total	337	100	

**Tabla 6.- Distribución de los encuestados según participación en actividades de promoción de la salud y sexo.**

Participación en proyectos de promoción de la salud	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Si	92	42,4	47	39,2	139	41,2
No	125	57,6	73	60,8	198	58,8

La tabla 6 permite identificar los dos grupos de comparación para efectos de cumplir con los objetivos del presente estudio. Por una parte, el grupo de adultos mayores que participa de un grupo de adultos mayores y ha participado de actividades de promoción de salud a través de la generación y/o participación en proyectos sociales, formado por 92 mujeres y 47 hombres y que a su vez conforman el 41,2% de la muestra. Por otra parte, el grupo de adultos mayores que no participa en grupos de adultos mayores y que no han tenido participación en proyectos ni actividades de promoción de salud, integrado por 125 mujeres y 73 barones, lo que corresponde al 58,8% de la muestra del estudio.

**Tabla 7.- Satisfacción de los encuestados con respecto a la participación en proyectos de promoción de la salud, medida en escala de 1 a 7.**

Nota	N	Porcentaje válido
2	1	0,7

4	3	2,2
5	24	17,8
6	27	20,0
7	80	59,3
Total	135	100,0

En la tabla 7 se presenta la evaluación realizada por los encuestados con respecto a su satisfacción con la participación social, donde la nota 1 es la mínima y representa insatisfacción y la nota 7 es la máxima y representa estar muy satisfecho con su participación social.

Así encontramos que 135 de los 139 adultos mayores que participan responden esta pregunta. La gran mayoría (59,3%) presenta una evaluación con nota máxima de satisfacción a su participación social. Cabe destacar que ningún encuestado evalúa con nota mínima la satisfacción con su participación social y menos del 3% la evalúa con nota inferior a 5.

**Tabla 8.- Tipo de actividades realizadas en las organizaciones sociales por los adultos mayores que participan en ellas.**

Participación	Actividades manuales		Actividades deportivas		Actividades Recreativas		Actividades Educativas		Actividades otras	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Si	77	57,0	34	25,2	116	85,9	47	34,8	20
No	58	43,0	101	74,8	19	14,1	88	65,2	111	84,7

En la tabla 8 se presentan las diversas actividades realizadas en las organizaciones sociales por los adultos mayores que participan. Donde las actividades deportivas, educativas, manuales, y otras, son aquellas que se incorporan en los proyectos de promoción de salud que han presentado a fondos concursables en las comunas en estudio. Así vemos que un 57 % de los encuestados han participado en actividades

manuales, 25,2 % en actividades deportivas, 85,9 % en actividades recreativas, 34,8% en actividades educativas y el 15,3 % en otro tipo de actividades, como visitas en caso de estar enfermo algún integrante del grupo o acompañamiento a trámites médicos.

**Tabla 9.- Evaluación de la participación de los adultos mayores en los diversos tipos de organizaciones.**

Notas de satisfacción con la participación en:	N	Media	d.e	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Grupo de adultos mayores	135	6.3	0.9	7	7	2	7
Junta vecinos	28	5.3	1.7	6	6	1	7
Grupo crónico	7	5.7	1.1	6	5	4	7
Grupo religioso-iglesia	23	<b>6.5</b>	0.8	7	7	5	7
Caja de compensación	7	5.3	1.9	6	7	3	7
Club deportivo	7	7.0	0.0	7	7	7	7
Otra	11	5.6	1.5	6	7	3	7

En la tabla 9 se presentan siete tipos de organizaciones sociales en las que participan los adultos mayores, cabe destacar que la totalidad de encuestados que participan (135), pertenecen a un grupo de adultos mayores que ha participado en proyectos de promoción de la salud. Junto con esto se observa que algunos de los adultos mayores, además de participar en este tipo de organización, también lo [hacehacen](#) en otras, como juntas de vecinos o grupos religiosos.

La satisfacción de la participación que realizan los adultos mayores (en notas de 1 a 7), son superiores a 4 en la gran mayoría de las organizaciones, presentando el mejor promedio (6,5) quienes participan en un grupo religioso, lo sigue la satisfacción de quienes participan en grupos de adultos mayores con nota 6,3. Si promediamos las notas de satisfacción en los siete tipos de organizaciones, nos encontramos que el promedio es 5,95. Donde la moda en la mayoría de las organizaciones fue el 7.

**Tabla 10.- Distribución de los adultos mayores que pertenecen a algún tipo de organización social según motivos de participación.**

<b>Motivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Compartir con otras personas	69	44,5%
Sentirse mejor	27	17,4%
Entretenerse	24	15,5%
Olvidarse de los problemas	19	12,3%
Conocer a otros	11	7,1%
Hacer algo diferente	5	3,2%

En la tabla 10 podemos identificar los motivos de participación de los adultos mayores que pertenecen a algún tipo de organización social. Cabe señalar que alguno de los encuestados, indicaron más de un motivo. Según lo anterior destaca que la mayoría (44,5%) participa motivado en compartir con otras personas.

**Tabla 11.- Distribución de los adultos mayores que no pertenecen a algún tipo de organización social según motivos de no participación.**

<b>Motivo de no participación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por motivos de salud	47	26,0
No tiene tiempo	38	21,0
No sabe cómo participar	29	16,0
No le gusta	27	14,9
No le interesa	22	12,2
No existen	10	5,5
No le ve utilidad	8	4,4

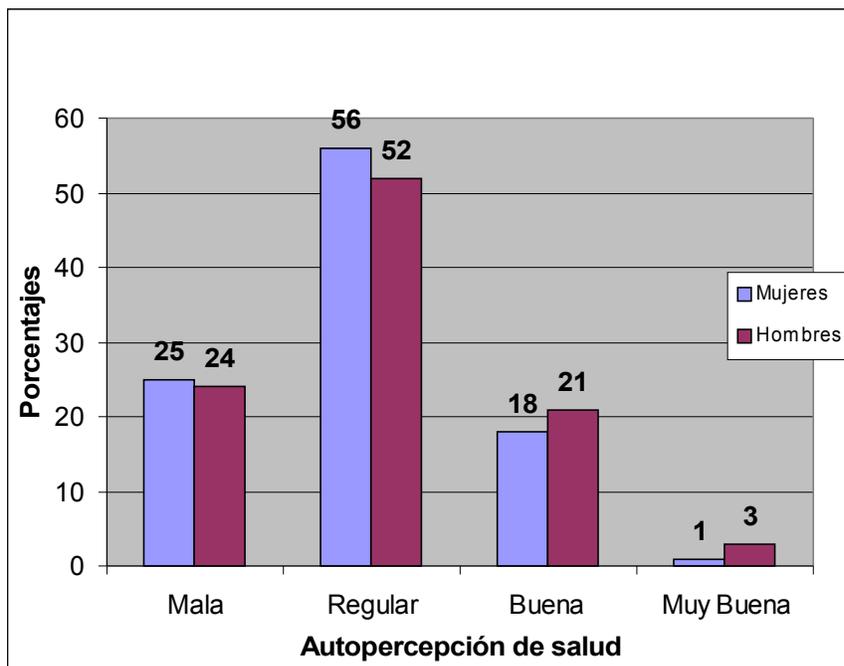
En la tabla 11 se presentan los motivos de los adultos mayores que no pertenecen en ningún tipo de organización social para no participar, donde la salud y el no tener tiempo son las respuestas más frecuentes. Diez y siete de los encuestados no respondió esta pregunta.

### **3.-Descripción de los componentes de la calidad de vida de la muestra.**

Dado que la calidad de vida es un concepto complejo, el abordaje desde este estudio es integral. Es decir, conjuga distintos constructos o conceptos psicosociales, los que, para efectos del presente estudio, se han denominado dimensiones y se presentan a continuación:

### 3.1.- Dimensión 1: Autopercepción de salud.

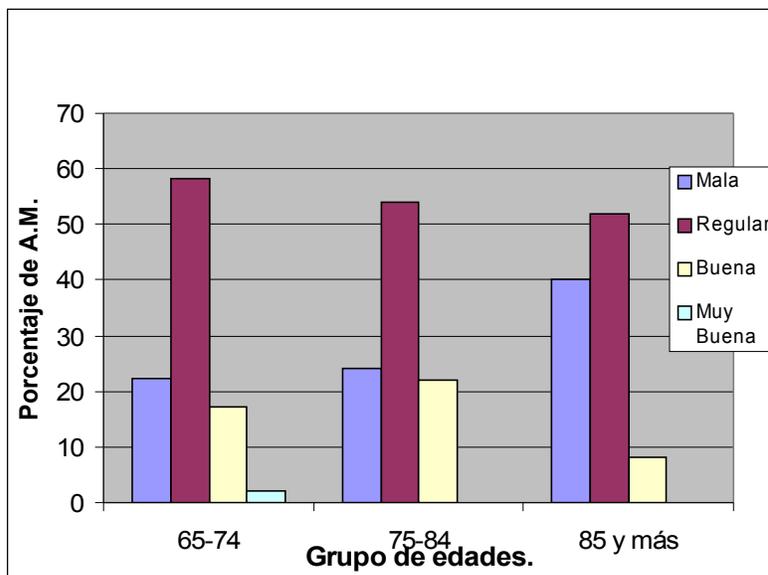
Gráfico 3: Autopercepción de salud según sexo de los A.M.



En el gráfico 3 se presenta la autopercepción de salud del total de la muestra de adultos mayores y podemos observar que la mayoría de los encuestados en ambos sexos, refiere tener una salud regular, sin mayores diferencias según sexo.

A partir de lo observado en el gráfico 4, cabe destacar que en el grupo de edades entre 65 y 74 años, se presentan los casos que refieren tener muy buena salud, sin embargo no presenta grandes diferencias con el grupo de 75 a 84 años; en lo referido al grupo de más edad, en mayor porcentaje presenta una autopercepción de salud mala y regular.

**Gráfico 4— Auto\_percepción de salud de los A.M. según grupo de edades.**



En la tabla 12 se presenta la percepción de los encuestados con respecto a la limitación al realizar actividades livianas debido a su salud, se puede observar que el 84,6 % de ellos se percibe sin limitaciones asociadas a su salud para realizar este tipo de actividades.

**Tabla 12.- Percepción de los adultos mayores en relación a la limitación al realizar actividades livianas debido a su salud.**

Percepción de limitación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Lo limita mucho	20	5,9	5,9	5,9
Lo limita poco	32	9,5	9,5	15,4
No lo limita	285	84,6	84,6	100,0
Total	337	100,0	100,0	

En la tabla siguiente se presenta la autopercepción de salud de los adultos mayores según participación social, donde se puede observar que la mayoría de los encuestados (80,3%) sin participación social, autoperciben su salud como regular o menor que regular,

en comparación con el grupo que tiene participación social, quienes en su mayoría (83,5%) autoperciben su salud como regular o más que regular.

**Tabla 13.- Autopercepción de salud de los adultos mayores según participación social.**

Autopercepción de salud		Participación en grupo de adultos mayores		Total
		Si	No	
Muy mala	N	2	5	7
	%	1,4	2,5	2,1
Mala	N	21	55	76
	%	15,1	27,8	22,6
Regular	N	85	99	184
	%	61,2	50,0	54,6
Buena	N	26	37	63
	%	18,7	18,7	18,7
Muy Buena	N	4	2	6
	%	2,9	1,0	1,8
Excelente	N	1		1
	%	0,7		0,3

En la tabla 14 se observa que el 47,1% de los adultos mayores que tienen participación social perciben su salud actual algo o mucho mejor, comparada con el año pasado. Estas respuestas son inferiores (30,3%) en el grupo de adultos mayores que no presentan participación social.

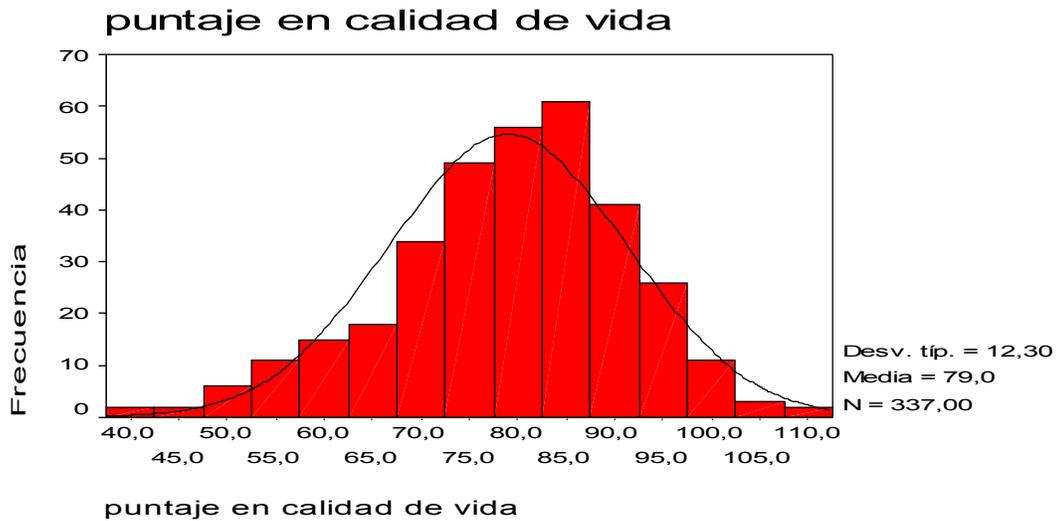
**Tabla 14.- Percepción de la salud comparada con el año pasado de los adultos mayores según participación social.**

Salud comparada con el año pasado		Participación en grupo de adultos mayores		Total
		Si	No	
Mucho mejor ahora	N	27	17	44
	%	19,6	8,6	13,1
Algo mejor ahora	N	38	43	81
	%	27,5	21,7	24,1
Igual que el año pasado	N	37	59	96
	%	26,8	29,8	28,6
Peor que el año pasado	N	33	66	99
	%	23,9	33,3	29,5
Mucho peor que el año pasado	N	3	13	16
	%	2,2	6,6	4,7

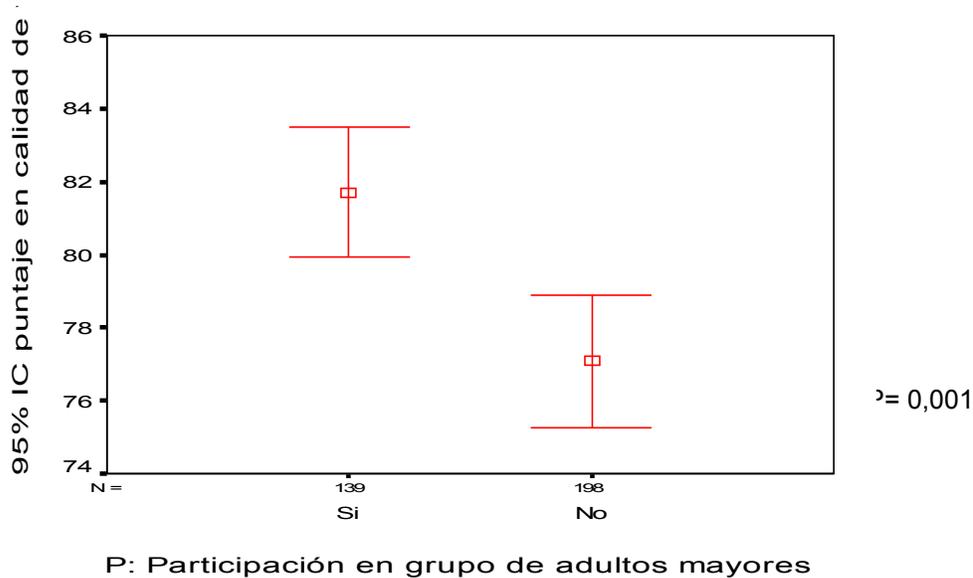
### **3.2.- Dimensión 2: Percepción de la calidad de vida general.**

Al analizar los resultados de la escala que mide calidad de vida general (gráfico 5), nos encontramos que los puntajes obtenidos por los adultos mayores encuestados, oscilan entre 39 y 109 puntos, con una media del grupo de 79 puntos, lo que es considerado buena calidad de vida. Cabe señalar que la percepción de la calidad de vida es significativamente mejor ( $p=0,001$ ) en el grupo que presenta participación en grupos de adultos mayores y han realizado proyectos de promoción de la salud al compararlo con quienes no participan (gráfico 6).

**Gráfico 5: Frecuencia de adultos mayores según puntaje de CVG obtenido.**



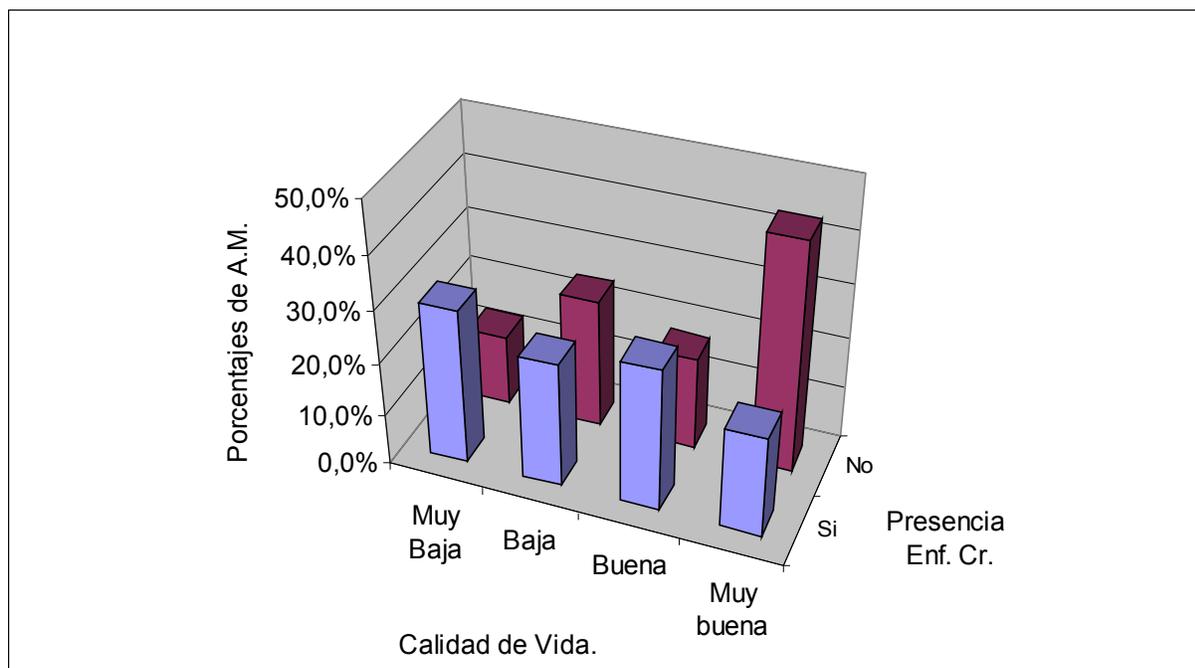
**Gráfico 6: Puntaje de CVG obtenido por adultos mayores según participación en grupos de adultos mayores.**



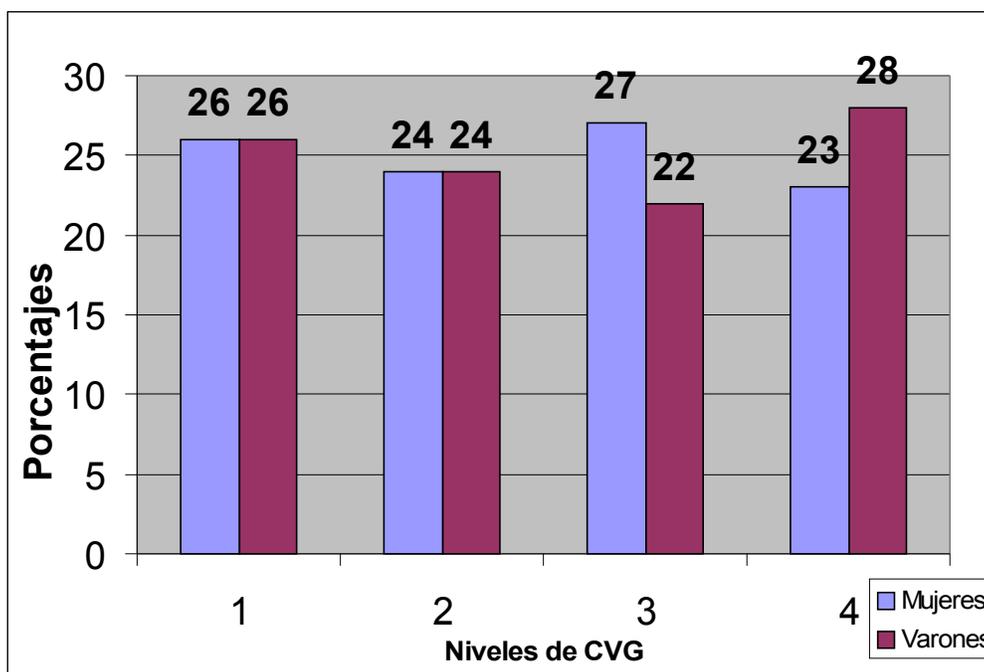
En el gráfico 7 se presentan los resultados de la calidad de vida general según la presencia de enfermedad crónica, donde podemos observar que los adultos mayores que se definían como enfermos crónicos presentan un índice de calidad de vida general significativamente menor al grupo en comparación (autopercebidos como no portadores de enfermedades crónicas), con  $p=0.001$ , al igual que en la satisfacción vital general

( $p=0.0057$ ). Destaca que dentro de los autopercebidos como enfermos crónicos, los diabéticos y tuberculosos presentan la mayoría de los indicadores significativamente menores al de los afectados por otras enfermedades crónicas, a diferencia de los hipertensos y epilépticos que no presentan mayores diferencias con el grupo en comparación.

**Gráfico 7: Calidad de vida según autopercepción de presencia de enfermedad crónica.**



**Gráfico 8: Niveles de CVG según sexo de los A.M.**



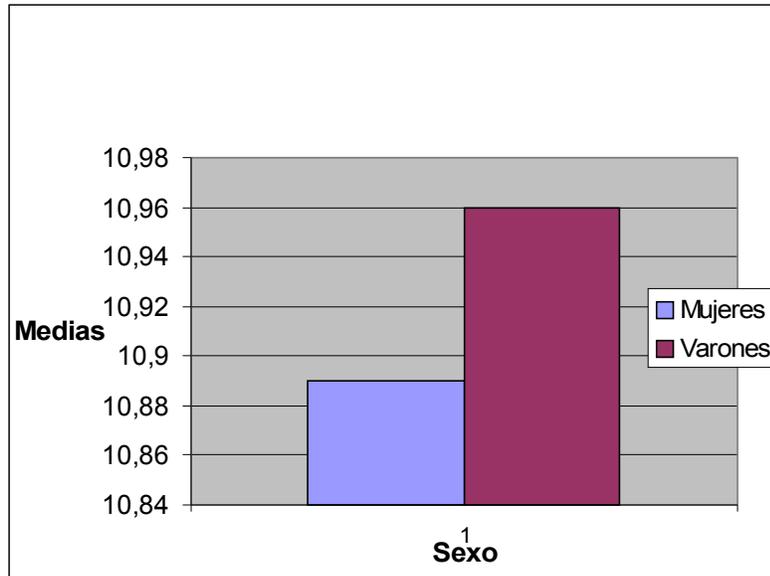
En el gráfico 8 se muestran los niveles de calidad general según sexo de los adultos mayores, donde el nivel 1 es Muy Baja, 2 es Baja, 3 es Buena y 4 es Muy Buena. Así nos encontramos que pese a no existir diferencias significativas según sexo, el mayor porcentaje de varones presentan un nivel de calidad de vida general Muy Buena, y el mayor porcentaje de mujeres, Buena.

De esta forma, el puntaje obtenido por los individuos en la escala que mide C. de V. general, donde el menor puntaje obtenido fue de 39 y el mayor de 109 puntos, con una media de 78,7 para las mujeres y 79,5 para varones. El puntaje es superior en varones, pero sin presentar diferencias significativas.

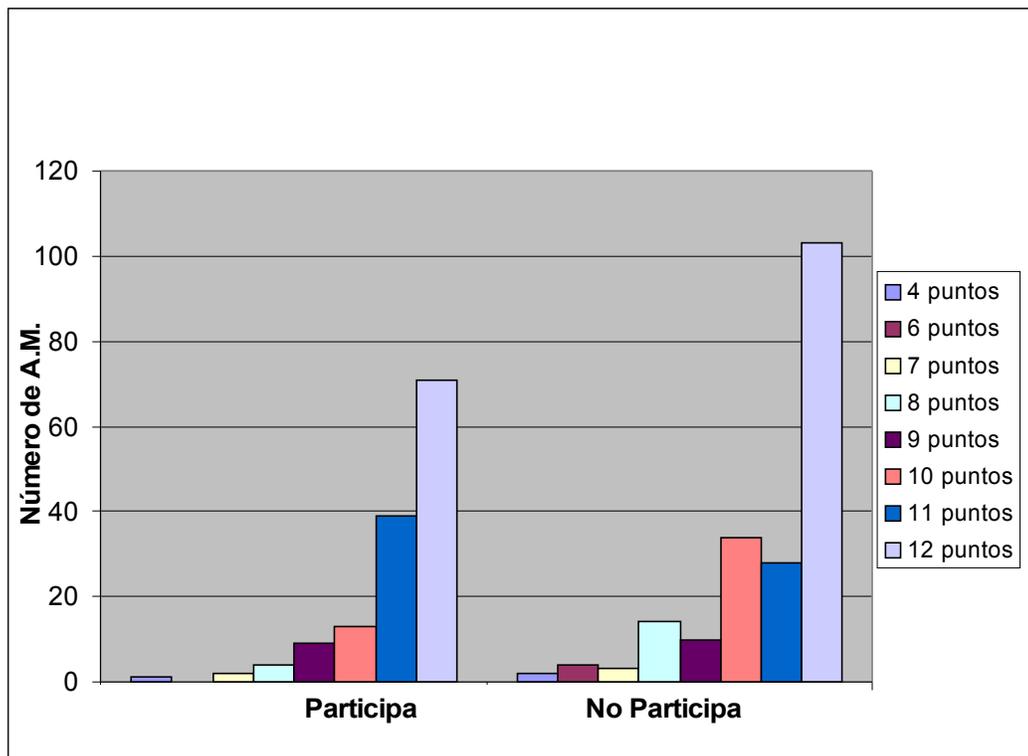
### 3.3.- Dimensión 3: Autoestima.

En el gráfico 9 se observa la diferencia existente entre las medias de los puntajes de autoestima presentados por los encuestados según sexo, siendo mayor en los varones. Cabe consignar que esta diferencia no es significativa ( $p=0,696$ )

**Gráfico 9: Medias del puntaje de autoestima de los A.M. según sexo.**



**Gráfico 10: Puntaje de autoestima logrado por los A.M. según participación social**



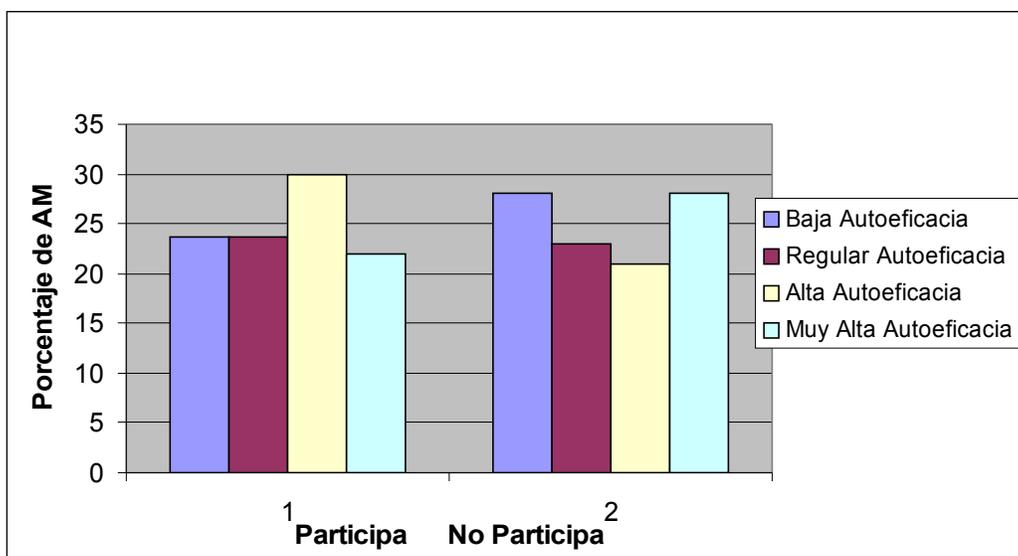
En el gráfico 10 podemos distinguir que al comparar los grupos de adultos mayores que participan socialmente, con los que no participan, ambos grupos presentan buenos

puntajes de autoestima, con un promedio de 11,1 puntos en el grupo que participa y 10,8 en el que no participa.

### 3.4.- Dimensión 4: Autoeficacia.

Según lo observado en el gráfico 11, la autoeficacia presente en el grupo que participa en comparación con el grupo que no participa, presenta pequeñas diferencias. El mayor porcentaje de individuos que participan socialmente, tienen una autoeficacia alta, en comparación al grupo que no participa socialmente, donde el mayor porcentaje de adultos mayores tiene una autoeficacia Muy Alta. Pese a ello, al promediar los resultados de ambos grupos, el grupo 1 presenta autoeficacia alta, en comparación al promedio del grupo 2 que la presenta Regular.

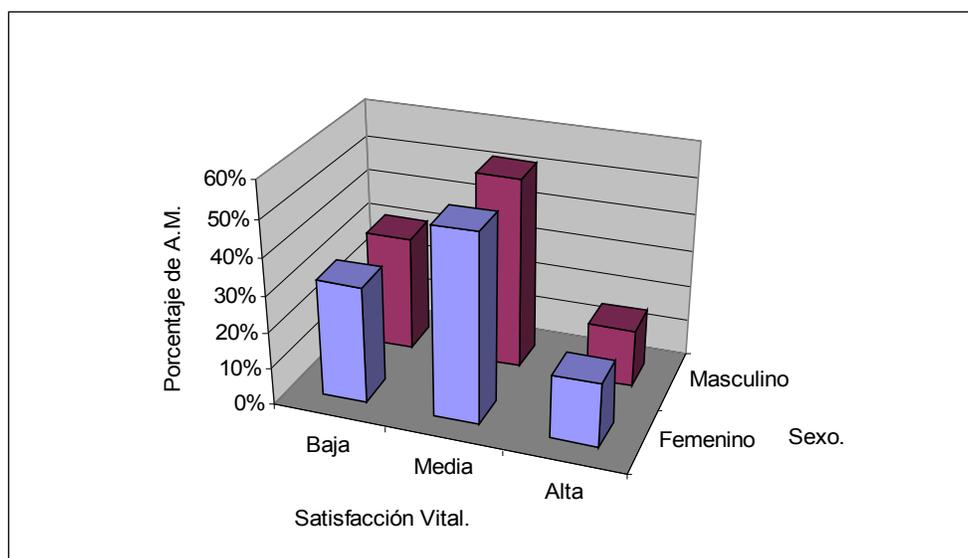
**Gráfico 11: Autoeficacia según participación social.**



### 3.5.- Dimensión 5: Satisfacción vital.

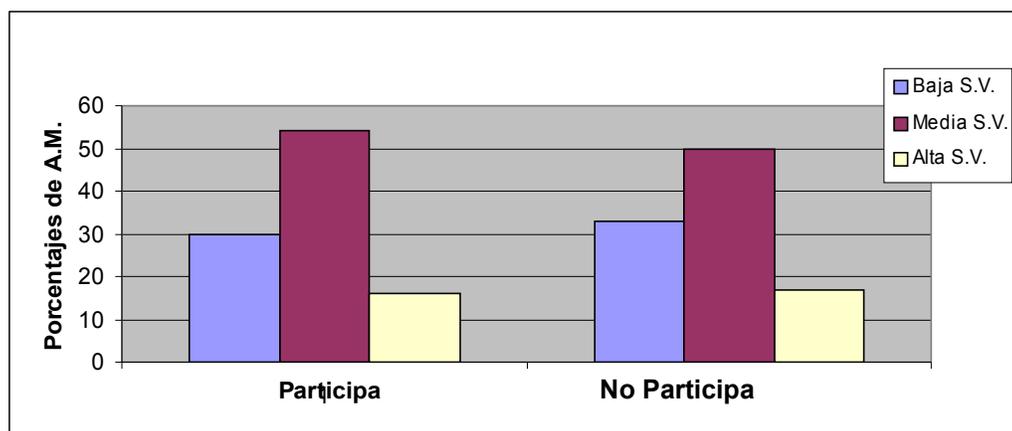
En lo que respecta a la sexta dimensión estudiada, se observa en el gráfico 12 que ambos grupos presentan resultados muy similares, donde prevalece la satisfacción vital media de los adultos mayores. No se observan diferencias significativas por sexo.

**Gráfico 12: Satisfacción Vital según Sexo.**



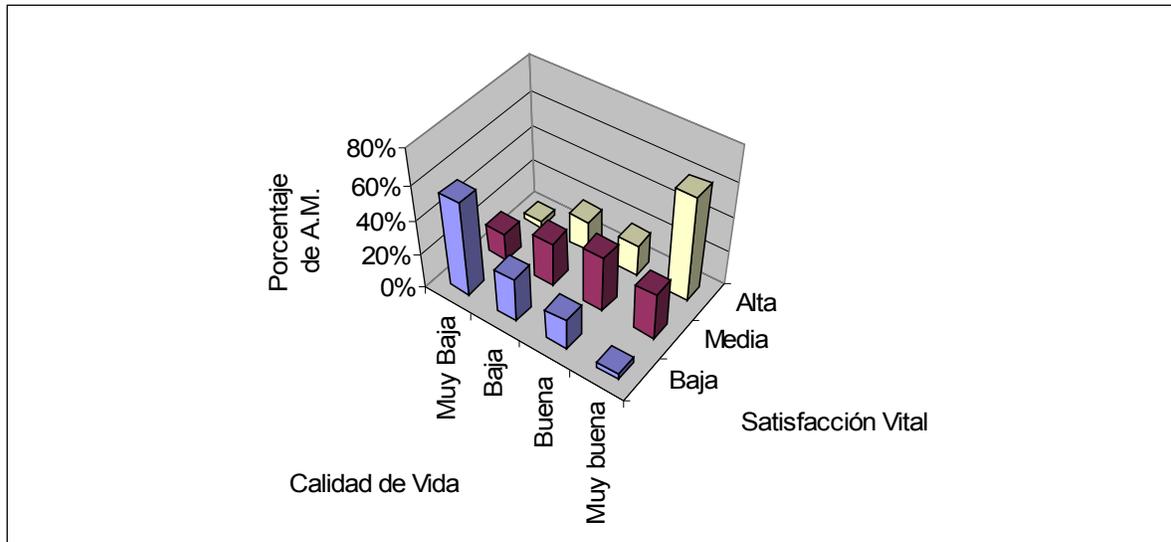
Al comparar la satisfacción vital de los adultos mayores según la participación en proyectos de promoción de la salud, podemos observar en el gráfico 13 que en ambos grupos el mayor porcentaje de encuestados percibe su satisfacción vital como media, sin presentar diferencias significativas al comparar los grupos de adultos mayores que participan y los que no participan en organizaciones sociales que hayan desarrollado actividades de promoción de la salud.

**Gráfico 13: Satisfacción vital de los A.M. según participación en proyectos de promoción de la salud.**



Al comparar las variables calidad de vida con satisfacción vital (gráfico 14), vemos que la mayoría de los adultos mayores que presentan muy baja calidad de vida, a su vez son los que tienen bajo nivel de satisfacción vital (S. V.). Al igual que los que presentan altos niveles de satisfacción vital. De igual modo, los adultos mayores que presentan Muy Buena calidad de vida.

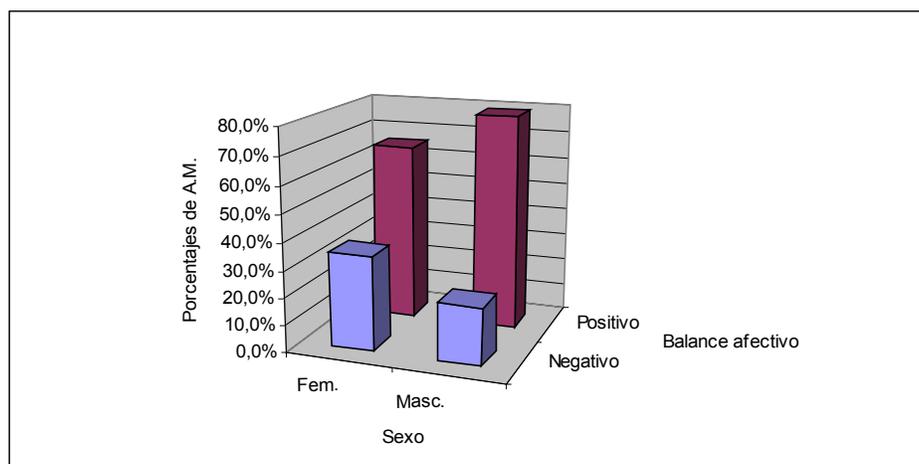
**Gráfico 14: Calidad de Vida según Satisfacción Vital.**



### 3.6.- Dimensión 6: Balance Afectivo.

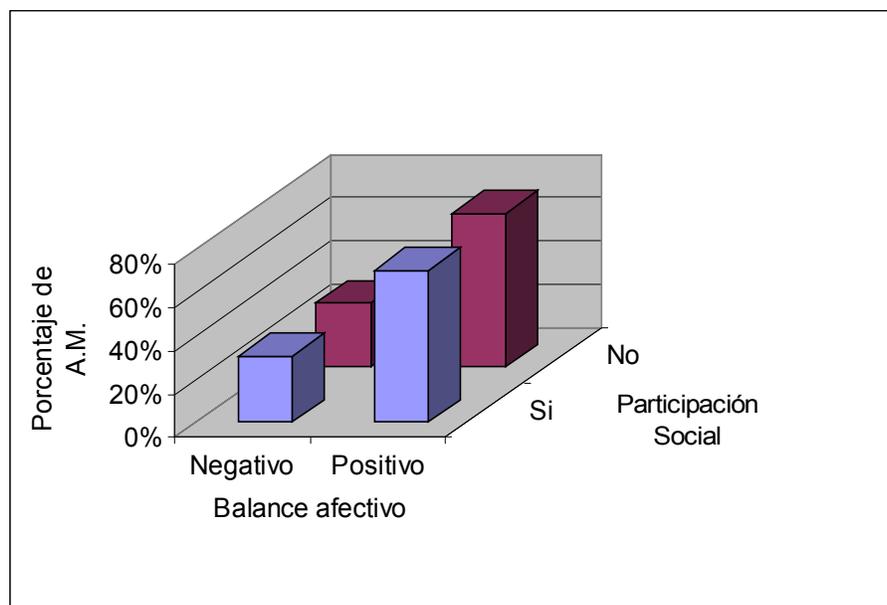
En el gráfico 15 se presenta el balance afectivo según sexo de los adultos mayores encuestados y podemos observar que los hombres presentan un mayor porcentaje de balance afectivo que las mujeres. Cabe consignar que esta diferencia es significativa ( $p=0,008$ ).

**Gráfico 15:- Balance afectivo según sexo.**



Al comparar el balance afectivo según participación en actividades de promoción de la salud, no se encuentran diferencias significativas ( $p=0,856$ ). Sin embargo, se puede observar en el gráfico 16 que el balance es predominantemente positivo en ambos grupos.

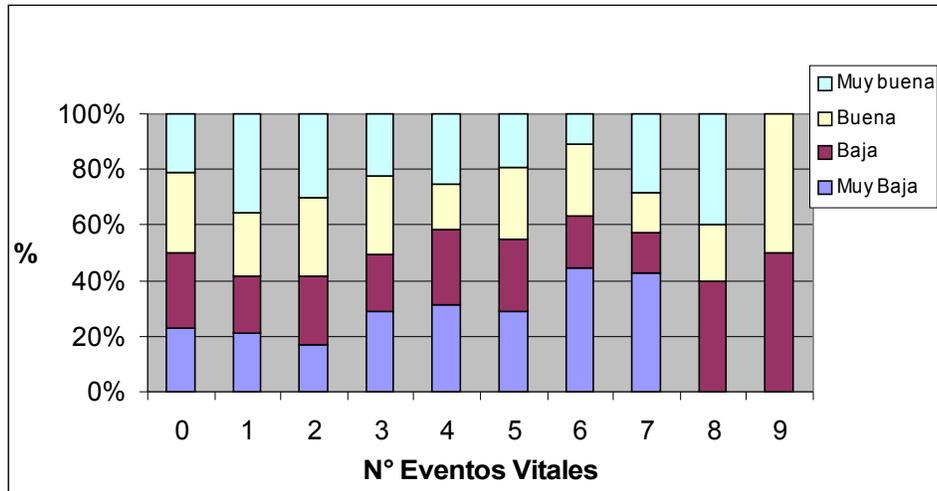
**Gráfico 16: Balance afectivo según participación social.**



### 3.7.- Componente 7: Eventos vitales.

En el gráfico 17 se presentan las variables calidad de vida según cantidad de eventos vitales vividos por los adultos mayores expresados en porcentajes. Así es como podemos observar que a mayor cantidad de eventos vitales aumenta el porcentaje de individuos que presentan Calidad de vida Baja. Esto se puede complementar con los datos presentados en la tabla 16 donde se aprecia que la correlación es negativa, es decir, a mayor cantidad de eventos vitales, menor calidad de vida.

**Gráfico 17: Nivel de C. de V. Según N° de Eventos Vitales**



Luego de la presentación descriptiva de las dimensiones de la calidad de vida medidas en el estudio, podemos observar en la tabla 16, cómo interactúan estas dimensiones, relacionándose significativamente con la calidad de vida general y entre sí. Las dimensiones balance afectivo, apoyo social, autoeficacia, autoestima, satisfacción vital y autopercepción de salud. El único componente que no presenta relación con calidad de vida es el de eventos vitales. Pese a ello, se puede observar que existe una relación inversa, donde a mayor cantidad de eventos vitales vividos, disminuye la calidad de vida general. A su vez, los eventos vitales se presentan relacionados con el apoyo social.

**Tabla 16: Matriz de Correlaciones de Pearson entre componentes de la calidad de vida.**

Compon ente CV	Calidad						Auto	
	Vida	Balance	Apoyo	Auto	Auto	Satisf.	Perc.	Eventos
	General	Afectivo	Social	eficacia	estima	Vital	salud	vitales
Calidad Vida general	1							
Balance Afectivo	0,277(**) 0,000	.						
Apoyo Social	0,144(**) 0,008	0,327(**) 0,000	.					
Auto Oficia	0,283(**) 0,000	0,264(**) 0,000	0,245(**) 0,000	.				
Autoesti ma	0,240(**) 0,000	0,304(**) 0,000	0,395(**) 0,000	0,414(**) 0,000				
Satisfa cción Vital	0,326(**) 0,000	0,334(**) 0,000	0,276(**) 0,000	0,306(**) 0,000	0,304(**) 0,000			
Auto Percep ción salud	0,261(**) 0,000	0,124(*) 0,022	0,059 0,283	0,173(**) 0,001	0,112(*) 0,039	0,319(**) 0,000		
Eventos Vitales	-0,053 0,331	-0,061 0,267	0,107(*) 0,050	-0,017 0,758	-0,020 0,714	-0,130(*) 0,017	-0,090 0,100	1

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

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

#### **4.- Análisis de componentes principales de la calidad de vida de los adultos mayores.**

En esta cuarta sección se presentan los resultados del análisis de componentes principales realizado con el objetivo de identificar los componentes de la calidad de vida que tenían mayor peso estadístico y la relación existente entre calidad de vida y participación en proyectos de promoción.

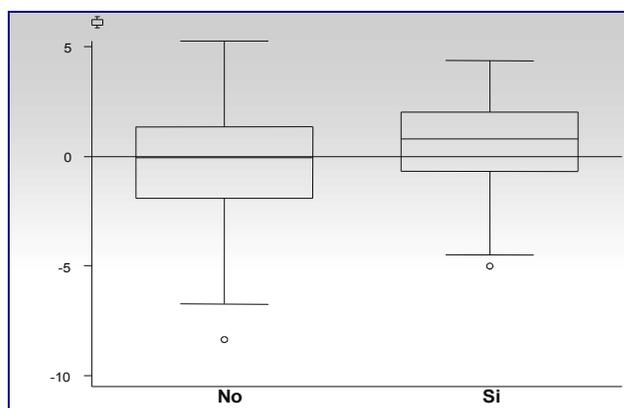
Los componentes identificados para el análisis fueron:

- Calidad de vida general.
- Satisfacción vital general.
- Satisfacción vital social.
- Afectividad negativa.
- Afectividad positiva.
- Apoyo social.
- Apoyo social subjetivo familiar.
- Apoyo social subjetivo de amistades.
- Apoyo social subjetivo de grupo.
- Respeto de amistades.
- Autoestima y
- Autoeficacia.

En los siguientes gráficos se compararán los resultados en los grupos de la muestra que participaban en proyectos de promoción de la salud y de los adultos mayores que no tenían ningún tipo de participación social, según los componentes de calidad de vida identificados como principales.

A continuación se comentan los componentes principales que resultaron estadísticamente significativos.

**Gráfico 18: Calidad de vida general de los adultos mayores según participación en proyectos de promoción de la salud (PPS).**



P=0.0001

En el gráfico 18 podemos identificar que existe diferencia significativa ( $p=0.0001$ ) en la calidad de vida presentada por los grupos de adultos mayores que tienen participación en proyectos de promoción de la salud y los que no participan, siendo mejor la Calidad de vida en el grupo que participa.

**Gráfico 19: Afectividad positiva de los adultos mayores según PPS.**

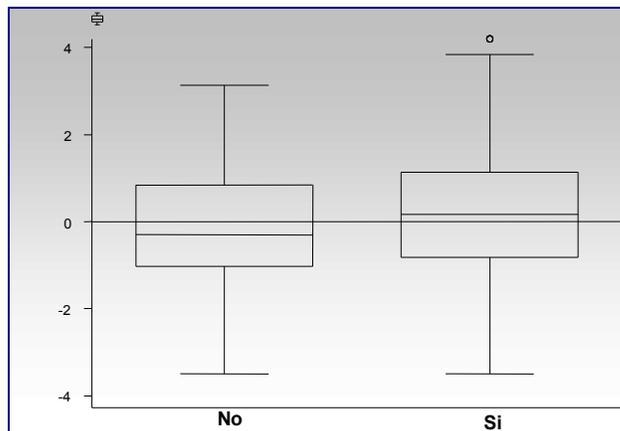


Participación y calidad de vida en adultos mayores

P=0.0015

Un segundo componente de la calidad de vida analizado es la afectividad positiva (gráfico 19) presentada por los adultos mayores, presentando diferencias significativas ( $p=0.0015$ ) al comparar ambos grupos, siendo superior en el grupo que participa.

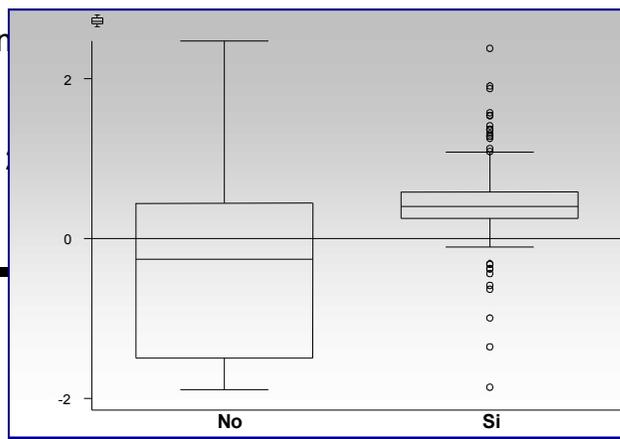
**Gráfico 20: Apoyo social subjetivo de amistades según participación PPS.**



P= 0.0015

En el gráfico 20 se presenta el componente apoyo social subjetivo de amistades (ASSA) que presenta diferencias significativas ( $p= 0.0015$ ) en ambos grupos de comparación, donde los adultos mayores que participan en el PPS presentan un mejor ASSA.

**Gráfico**



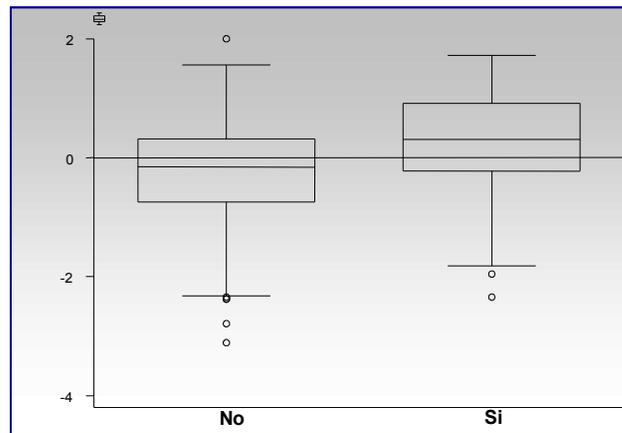
**participación PPS.**

ores

P=0.0000

En el gráfico 21 se presenta el cuarto componente principal de calidad de vida identificado es el apoyo social subjetivo de grupo social, en lo que se evidencia una significativa diferencia ( $p= 0.0000$ ) entre los grupos de comparación, siendo mejor en el grupo que participan en PPS.

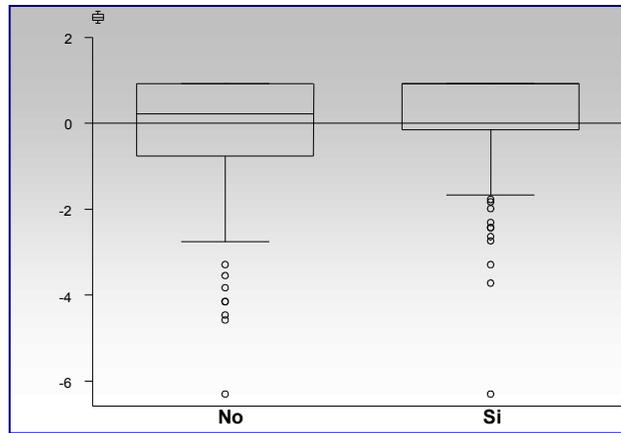
**Gráfico 22: Respeto de amistades según participación PPS.**



P=0.0000

En el gráfico 22 se presenta el quinto componente de calidad de vida que presenta diferencia significativa entre los grupos en comparación, siendo significativamente mejor en el grupo que participa en PPS ( $p= 0.0000$ ).

**Gráfico 23: Autoestima según participación PPS.**



P=0.0130

El quinto componente de la Calidad de vida que resultó con diferencia estadísticamente significativa al comparar ambos grupos, es la autoestima (gráfico 23), la que es mejor en los adultos mayores que han participado en actividades de proyectos de promoción de salud, siendo parte de un grupo comunitario.

---

## Capítulo VII : Discusión

---

El estudio se realizó en siete de las nueve comunas de la provincia de Curicó, que cuenta con un total de 27.000 adultos mayores, la muestra corresponde al 1.25 % (337 individuos) del universo. El rango de edad de la muestra fue de 65 a 103 años con un promedio de 74 años (d.e = 6,85 años), con una moda de 65 años. La mayoría de la muestra está constituida por adultos mayores de los sectores rurales de estas comunas, todos de nivel socioeconómico bajo, la mayoría casados (41,8%), lo que según el estudio SABE realizado por la OMS (2000), es un factor protector en la vejez. La religión católica es la predominante (78,9%), seguida con un 17,6% por la evangélica.

La mayoría de la muestra (64,4%) está constituida por mujeres, lo que coincide con la realidad nacional, donde vemos que el 44,1 % son varones y el 55,9% son mujeres (INE, 2002). También destaca que la mayoría (65,9%) de los adultos mayores pertenecen al nivel B de FONASA, y que casi la totalidad de ellos pertenecen al fondo nacional de salud, con la excepción de dos de los encuestados que no responden la pregunta. Esto es concordante con los datos presentados por FONASA (2003), donde se observa que el 70% de los mayores de 65 años pertenece al seguro social público de salud.

Datos del Instituto Nacional de estadísticas muestran que en el periodo comprendido entre los años 1992 y 2002, aumentó la proporción de población que ha cursado estudios en la educación superior de 9% a 16,4% y que la instrucción en el nivel prebásico casi se duplicó aumentando de 289.680 a 571.096 personas (INE, 2003). El promedio de escolaridad de la población chilena pasó de 7,5 años a 8,5 años de estudio. Sin embargo,

todavía está presente la pobreza; 20,1% de la población del país está por debajo de la línea de pobreza. (CASEN, 2000).

Desde esta perspectiva, la mayoría de los adultos mayores (54,6%) que conformaron la muestra de estudio (hombres y mujeres), presentan educación preparatoria incompleta. Destaca también el alto porcentaje de analfabetos, sobre el 27%, cifra que supera al promedio de analfabetismo nacional en población de personas mayores de 65 años (hombres 11,6% y mujeres 14,4%), según la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) del año 2003. Y el 100% se autodefinía de nivel socioeconómico bajo, lo que concuerda con ser beneficiarios del sistema público de atención de salud en el nivel más bajo (A).

La participación social de los adultos mayores es uno de los aspectos analizados en la encuesta nacional de calidad de vida (ENCV) en Chile (MINSAL, 2002) determinando que el 47,7% de ellos, participa en algún tipo de organización social, de los cuales el 27 % son mujeres y el 20,7 % hombres. Esta diferencia se presenta también en el presente estudio, donde el 41,2% de la muestra participan socialmente, del cual el 27% son mujeres y el 14 % varones. Lo que concuerda también con la realidad nacional, presentada por estudios que muestran que las mujeres tienen mayor participación social que los hombres (SENAMA, 2004). Lo que se explica debido a que la participación de la mujer en programas de salud ha estado íntimamente ligada a la forma en que se concibe generalmente el papel de la mujer como cuidadora de la salud de la familia y de los grupos especiales (SENAMA, 2004), y debido a que en el hombre, muchos tienen que continuar trabajando (por problemas económicos) después de terminar su vida laboral; persiste el

machismo, no se sienten interpretados por las organizaciones existentes, eminentemente femeninas, asociándolas a la continuidad de los centros de madres, argumentando que las actividades son poco varoniles y que sus intereses van por actividades más acorde con su género (Genúa y cols, 2005)

También podemos observar que la mayoría de los individuos que participan (64,7%), lo hacen en un tipo de organización social (grupos de adultos mayores), y el 35,3% restante, lo hace en más de un tipo de organización, donde además de integrar un grupo de personas mayores, participan en juntas de vecinos, grupos de iglesia, deportivos, de crónicos y cajas de compensación.

La soledad y los problemas de salud son identificadas como fuentes de estrés que afectan a las personas mayores (Thomahe, 2002). A su vez, la soledad, el aislamiento social, también son aspectos que van en desmedro de ese bienestar, aumentando enormemente sus riesgos de discapacidad y muerte prematura (O.M.S. 2002, citado en Cardona y cols, 2002). Y al analizar los motivos de participación de los individuos que conforman la muestra y que pertenecen a algún tipo de organización social, destaca que la mayoría (44,5%) participa motivado en compartir con otras personas, lo que podría interpretarse como una forma de evitar la soledad.

Y en lo referido a los motivos de no participación social en los adultos mayores que no pertenecen en ningún tipo de organización social, aparecen los motivos de salud (26%) y el no tener tiempo (21%) como las respuestas más frecuentes. Razones que también se identifican en la ENCV (2003), donde el primer motivo identificado por las personas

mayores para no participar es “no le interesa” (50%) y el segundo el “no tener tiempo” (24%).

Qinoming y Besser (2003) señalan que a pesar de las circunstancias duras que enfrentan los adultos mayores que envejecen en comunidades rurales y las limitaciones geográficas que pueden dificultar la participación social, son capaces de integrarse y generar actividades de mejoras en su comunidad. Así en el presente estudio se identifican diversas actividades realizadas por los adultos mayores que participan en las organizaciones sociales y que se incorporan en los proyectos de promoción de salud que han presentado a fondos concursables en las comunas en estudio, donde las actividades recreativas, deportivas, educativas, manualidades, y otro tipo de actividades, como visitas en caso de estar enfermo algún integrante del grupo o acompañamiento a trámites médicos; son un claro aporte a sus comunidades.

En el estudio de Besser (2003), se muestra el gran potencial de los adultos mayores al participar socialmente, con respecto al capital social que aportan, del cómo mejoran las expectativas de vida, y mejoran la percepción de bienestar general. Comparado esto con los resultados de este estudio, podemos señalar que la evaluación realizada por los encuestados con respecto a su satisfacción con la participación social (evaluada en notas de 1 a 7), la gran mayoría (59,3%) presenta una evaluación con nota máxima de satisfacción. Cabe destacar que ningún encuestado evalúa con nota mínima la satisfacción con su participación social y menos del 3% la evaluaría con nota inferior a 5,

presentando el mejor promedio (6,47) quienes participan en un grupo religioso, lo sigue la satisfacción de quienes participan en grupos de adultos mayores con nota 6,34.

Si promediamos las notas de satisfacción en los siete tipos de organizaciones (grupo religiosos, de adultos mayores, de crónicos, juntas de vecino, clubes deportivos y cajas de compensación) nos encontramos que el promedio 5,95. Donde la moda en la mayoría de las organizaciones fue el 7.

Se observó también que los resultados de la escala que mide calidad de vida general, muestran que los puntajes obtenidos por la población en estudio, oscilan entre 39 y 109 puntos, con una media del grupo de 79 puntos, lo que es considerado como buena calidad de vida, siendo significativamente mejor en el grupo que presenta participación en proyectos de promoción de la salud. Sin diferencias significativas según sexo, el mayor porcentaje de varones presentan un nivel de calidad de vida general muy buena, y el mayor porcentaje de mujeres, buena. Cabe destacar que pese a que el 100% de la muestra son adultos mayores de bajo nivel socioeconómico, los resultados de la calidad de vida son buenos.

Estudios realizados en México señalan que los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos (Durán y cols., 2003). Sin embargo, un estudio realizado en la ciudad de Medellín, Colombia, concluye que los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen el 97% de la calidad de vida del adulto mayor (Cardona y cols. 2006).

Con respecto a lo anterior, podemos señalar que los resultados del presente estudio, concuerda con lo encontrado en México, ya que en la muestra de estudio no se presentan diferencias significativas en la calidad de vida según nivel socioeconómico ni escolaridad. Sin embargo, Cabe señalar que el grupo fue bastante homogéneo y la mayoría de los adultos mayores (54,6%), tanto hombres como mujeres, presentan educación preparatoria incompleta, destacando el 27,3% de analfabetos. Junto con esto, el nivel socioeconómico del grupo no fue medido como tal, pero se puede aproximar la variable seguro de salud, el que se asigna a partir de los ingresos que tienen los individuos. Así la gran mayoría de la muestra (95,3%) de los adultos mayores encuestados tienen Nivel de FONASA A o B (niveles asignados a la población de menos recursos económicos)

En lo referido a las dimensiones o componentes psicosociales de la calidad de vida estudiadas, la autopercepción de salud de los adultos mayores en Chile, el 23,4% refiere tener un estado de salud algo o mucho mejor, al compararlos con el año anterior (ENCV, 2003). Y al respecto del presente estudio, podemos señalar que la mayoría de los encuestados (ambos sexos), tiene una autopercepción de salud actual mala o regular, el 18,7% declara tener buena y solo el 2%, muy buena salud. Cabe destacar que en el grupo de edades entre 65 y 74 años, se presentan los casos que refieren tener muy buena salud, sin embargo no presenta grandes diferencias con el grupo de 75 y más años. Y en lo referido a este último grupo, presenta un mayor porcentaje una autopercepción de salud mala y regular.

Y al igual que lo concluído en un estudio realizado en Estados Unidos entre los años 1994-96 en adultos mayores hispánicos y en la ENCV (2003), no presentan diferencias significativas en ambos sexos, pero sí se evidencia que a medida que se envejece, la autopercepción de salud disminuye (CELADE, 2003; MINSAL, 2003).

Otros aportes en este sentido son los hallazgos del estudio SABE (2000), donde Santiago presenta el 44 % de los hombres y el 34 % de las mujeres de 60 y más años, que refieren tener buena o muy buena salud. Y si comparamos estos resultados con los de un estudio realizado en Brasil por Dachs (2002), donde se identifica que solo el 5,7% de los mayores de 65 años declara tener muy buena salud y que esta percepción disminuye a medida que se envejece, podemos señalar que la muestra de estudio analizada, presenta una percepción de salud inferior a la muestra brasileña, sin embargo se asemejan en la variación dada en el tiempo, donde a mayor edad empeora la autopercepción de salud.

Siguiendo el análisis del punto anterior, estudios comparativos realizados en personas mayores de Perú y España han demostrado que la autopercepción de salud no depende de variables como las socioeconómicas, nivel de instrucción, dependencia funcional, de depresión, y cuadros médicos (Velásquez y cols., 2002; Gallegos y cols., 2006). En el presente estudio se analizó la autopercepción de salud según participación en proyectos de promoción de la salud, se puede observar que la mayoría de los encuestados (80,3%) sin participación en estos proyectos, autoperciben su salud como regular o menor que regular, en comparación con el grupo que si tiene participación, quienes en su mayoría (83,5%) autoperciben su salud como regular o más que regular ( $p=0,015$ ). Y al comparar su salud actual con la del año pasado se observa que el 47,1% de los adultos mayores

que tienen participación en estos proyectos perciben su salud algo o mucho mejor, comparada con el año pasado. Estas respuestas son significativamente inferiores en el grupo de adultos mayores que no participación, donde solo el 30,3% responde lo mismo ( $p=0,000$ ).

Un estudio realizado en población general concluye que existe relación entre la pobreza y el bienestar subjetivo de las personas y que está mediada por la intervención de distintas variables psicosociales, como las estrategias de afrontamiento al estrés, depresión y baja autoestima (Palomar, 2004). Y en el estudio realizado por Cardona y otros (2002), se concluye que la importancia relativa que tiene para los adultos mayores el sentirse capacitados para realizar sus actividades cotidianas, les proporcionan un mayor grado de independencia lo cual, a su vez, mejora su autoestima. Esta variable fué analizada desde la perspectiva de una dimensión más de la calidad de vida en el presente estudio y se observa que es mayor en los varones. Cabe consignar que esta diferencia no es significativa ( $p=0,696$ ), y al comparar los grupos de adultos mayores que participan socialmente, con los que no participan, ambos grupos presentan buenos puntajes de autoestima, pese a ser beneficiarios del sistema público de salud y de escasos recursos, con un promedio de 11,1 puntos en el grupo que participa y 10,8 en el que no participa.

Estudios realizados permiten afirmar que la calidad de vida de los adultos mayores mejora mediante el fortalecimiento de las autoeficacia y del entrenamiento en el autocuidado, las habilidades sociales, la resolución de problemas y apoyo social. Los adultos mayores con altos niveles de autoeficacia tienen un mejor funcionamiento psicológico y una mejor calidad de vida (CELADE, 2003). Con respecto a esto, en el presente estudio se

comparan los grupos, presentan pequeñas diferencias, donde el mayor porcentaje de adultos mayores que participan en proyectos de promoción, tienen una autoeficacia alta, en comparación al grupo que no participa. En este último, el mayor porcentaje de adultos mayores tiene una autoeficacia muy alta. Esto podría ser explicado debido a que los adultos mayores que no participan se encuentran autovalentes y no lo identifican como prioridad (sería muy interesante poder plantear esta hipótesis en un nuevo estudio). Pese a ello, al promediar los resultados de ambos grupos, el grupo 1 presenta una mejor autoeficacia, en comparación al promedio del grupo 2, sin embargo, la diferencia no es significativa, por lo que no está considerado como uno de los componentes principales que expliquen la diferencia de la calidad de vida entre los grupos comparados.

En lo que respecta a la satisfacción vital como otra dimensión de calidad de vida, el estudio de Cardona y cols. (2002) hace énfasis en que el papel sobreprotector hacia población adulta mayor, favorece los niveles de inactividad que resultan dañinos para la calidad de vida. Señala también, que en la vida del adulto mayor coexisten una serie de factores que favorecen su bienestar y son fundamentales en su entorno social, uno de ellos es el apoyo social de la familia, amigos, grupos sociales a los que pertenece (Cardona y cols. 2002). Y al evaluar el apoyo social subjetivo, se observa que el grupo que participan socialmente, presentan significativamente ( $p=0,000$ ) mejor calidad de vida al compararlos con el grupo que no participa.

La implementación de programas de participación comunitaria, fortalecen la autonomía y emancipación de la población, transformándose en un instrumento importante en la defensa de la vida (Fredemir y cols. 2000). Estos hallazgos, junto a otros presentados por

diversos investigadores como Salinas y colaboradores (2003), quienes plantean que el soporte social, es un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga y que las mujeres adultas mayores perciben mayor apoyo social familiar y de las amistades que los hombres (Reyes y Rojas, 2005). Lo anterior nos permite complementar y contrastar (sucesivamente) con los hallazgos obtenidos en el presente estudio, ya que se evidencia una significativa diferencia en la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen a un grupo social e identifican un mayor apoyo social ( $p= 0,000$ ); sin embargo no se presentan diferencias por sexo ( $p= 0,089$ ). Lo anterior se complementa con los resultados de la satisfacción vital, donde la comparación (participan y no participan) no presentan diferencias significativas ( $p=0,866$ ), prevaleciendo la satisfacción vital media de los adultos mayores.

Sin embargo, al comparar las variables calidad de vida con satisfacción vital, están relacionadas ( $p=0,000$ ), así podemos observar que la mayoría de los adultos mayores que presentan muy baja calidad de vida, son los que tienen bajo nivel de satisfacción vital. Al igual que los adultos mayores que presentan altos niveles de satisfacción vital, son los que presentan muy buena calidad de vida. Por lo que la participación no estaría relacionada directamente con la satisfacción vital, sino que indirectamente, ya que quienes participan en proyectos de promoción tienen mejor calidad de vida y quienes tienen mejor calidad de vida presentan mejor satisfacción vital.

De la comparación del balance afectivo según sexo en los encuestados, podemos observar que los hombres presentan un mayor porcentaje de balance afectivo que las mujeres. Cabe consignar que esta diferencia es significativa ( $p=0,008$ ). Y al comparar el

balance afectivo según participación en actividades de promoción de la salud, no se encuentran diferencias significativas ( $p=0,856$ ). Sin embargo, se puede observar que el balance es predominantemente positivo en ambos grupos.

Con respecto a la relación entre calidad de vida y cantidad de eventos vitales vividos por los adultos mayores, podemos observar que la correlación es significativa y negativa, donde a mayor cantidad de eventos vitales, menor calidad de vida.

Luego de la presentación de las dimensiones de la calidad de vida medidos en el estudio, podemos identificar la interacción de estas dimensiones, relacionándose significativamente con la calidad de vida general y entre sí, el balance afectivo, apoyo social, autoeficacia, autoestima, satisfacción vital y autopercepción de salud. El único componente que no presenta relación con calidad de vida es el de eventos vitales. Pese a ello, se puede observar que existe una relación inversa, donde a mayor cantidad de eventos vitales vividos, disminuye la calidad de vida general. A su vez, los eventos vitales se presentan relacionados con el apoyo social.

---

## **Capítulo VIII : Conclusiones y Recomendaciones**

---

En esta sección se da cuenta de las conclusiones generadas en la presente tesis, así como recomendaciones sobre la base de los hallazgos del presente estudio que se ha centrado en el análisis de la relación existente entre la Calidad de vida de los adultos mayores y su participación en proyectos de promoción de la salud. De este modo, esta sección se ha ordenado siguiendo los objetivos planteados para el estudio del análisis de la población estudiada en la Provincia de Curicó, en el año 2003,

### **Conclusiones:**

El primer objetivo específico planteado para esta tesis fue “Caracterizar la participación social que presentan los adultos mayores estudiados”. Al respecto, puede señalarse que la participación social de las personas mayores se caracteriza por presentar diferencias de género. En efecto la participación de la mujer es considerablemente mayor que la de los hombres. También podemos observar que la mayoría de los adultos mayores que participan lo hacen en un tipo de organización social correspondiente a grupos de adultos mayores, motivados por compartir con otras personas, lo que podría interpretarse como una forma de evitar la soledad. En lo referido a los motivos de no participación social en los individuos estudiados que no pertenecen en ningún tipo de organización social, aparecen los motivos de salud y el no tener tiempo. Destaca que los adultos mayores que participan, se encuentran muy satisfechos de hacerlo.

En relación al objetivo específico N°2 (“Identificar el perfil del adulto mayor que participa en proyectos de promoción de la salud”), puede señalarse que este perfil corresponde a un adulto mayor mujer menor de 75 años con nivel educacional preparatoria incompleta, de religión católica, beneficiaria del sistema nacional de salud, no son consumidoras de tabaco ni alcohol, estado civil casada o viuda e inactivas económicamente. Además, y pese a tener una autopercepción de salud regular, presentar al menos una enfermedad crónica y haber vivido al menos 3 eventos vitales durante el año del estudio; manifiestan no sentirse limitadas en su capacidad de realizar las actividades de la vida diaria debido a lo anterior, tener una Satisfacción vital Media, balance positivo de afectos, altos niveles de autoestima y autoeficacia. Todo lo anterior conjugado en una Calidad de vida Regular a Buena.

En relación al objetivo específico N°3 (“Describir el tipo de actividades más frecuentes realizadas por los adultos mayores en los proyectos de promoción de salud”), puede señalarse que con respecto a las actividades presentes en los proyectos de promoción de la salud y realizadas por los adultos mayores que participan en las organizaciones sociales, las actividades más frecuentes corresponden a las recreativas, deportivas, educativas, manualidades, y otro tipo de actividades, como visitas en caso de estar enfermo algún integrante del grupo o acompañamiento a trámites médicos; Estas actividades significan un claro aporte a sus comunidades.

En relación al objetivo específico N°4 (“Identificar las principales dimensiones de la Calidad de vida relacionados con la participación en proyectos de promoción de la salud”), puede señalarse que en lo referido a la Calidad de vida general de los adultos mayores de

ambos grupos en comparación, es buena, pese a que la muestra es, en su totalidad, de bajo nivel socioeconómico; y se caracteriza por no presentar diferencias significativas según sexo. Junto con lo anterior se puede concluir que a medida que se envejece, la autopercepción de salud disminuye, siendo significativamente mejor en el grupo que presenta participación en proyectos de promoción de la salud.

Otro hallazgo interesante es que el que permite concluir que la participación no estaría relacionada directamente con la Satisfacción vital, sino que indirectamente, ya que quienes participan en proyectos de promoción tienen mejor Calidad de vida y quienes tienen mejor Calidad de vida presentan mejor Satisfacción vital.

Como conclusión principal de este estudio y dando respuesta al objetivo general, que es “Determinar si existe relación entre la participación de los adultos mayores en proyectos de promoción de la salud y su Calidad de vida”, se concluye que existe esta relación, caracterizada por que las variables involucradas en esta diferencia, son fundamentalmente de carácter psicosocial. De manera específica se expresa en las dimensiones de la calidad de vida general, el balance afectivo, apoyo social, autoeficacia, autoestima, satisfacción vital y autopercepción de salud. El único componente que no presenta relación con calidad de vida es el de eventos vitales. Pese a ello, se puede observar que existe una relación inversa, donde a mayor cantidad de eventos vitales vividos, disminuye la calidad de vida general. A su vez, los eventos vitales se presentan relacionados con el apoyo social.

A su vez, la participación no estaría relacionada directamente con la Satisfacción vital, sino que indirectamente, ya que quienes participan en proyectos de promoción tienen mejor Calidad de vida y quienes tienen mejor calidad de vida tienen a su vez, mejor Satisfacción vital. Por lo tanto, al estimular la participación social de los adultos mayores, se mejora no sólo la calidad de vida de este individuo, sino la de su entorno, ya que, se favorece la transmisión de la memoria colectiva. Los adultos mayores tienen esta responsabilidad porque son parte de la memoria de la comunidad, su testimonio es vivencial.

A partir de lo expuesto anteriormente podríamos suponer que la participación social se transforma así en un mecanismo, no solo de recreación e interacción social, sino también, de liberación del estrés, disminución del riesgo de discapacidad y de muerte prematura. Lo que se transforma en una hipótesis digna de ser estudiada en futuros estudios, ya que se evidencia que quienes no participan socialmente, lo hacen por motivos de salud, podríamos esperar que estuvieran más estresados y expuestos a los riesgos señalados. Variables que no fueron incorporadas en el presente estudio.

Debemos contribuir a mejorar la calidad a estos años que se han ganado de vida, principalmente en el contexto de la pobreza, donde se puede envejecer mejor. Con poco podemos hacer mucho en los ámbitos de la seguridad económica, apoyo familiar y comunitario, conservación de la capacidad funcional y rol social. Sobre todo, podemos contribuir a la generación de una nueva cultura de la vejez, que reconozca, valore, integre y defienda los aportes que aún pueden hacer los adultos mayores, con sus

potencialidades, productividad y participación social, incorporando la evaluación de Calidad de vida como indicador de las intervenciones realizadas. De esta forma es posible integrar no solo la visión de los expertos o los aportes de las cifras duras, sino la percepción del mismo receptor y actor, el Adulto Mayor.

### **Recomendaciones:**

En esta última sección se plantean recomendaciones que, producto de los resultados encontrados, contribuyen a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, dando cumplimiento al quinto objetivo específico de la presente tesis:

En el camino hacia la igualdad, es fundamental fomentar la participación social de los adultos mayores, especialmente de los hombres, terminando con los desequilibrios entre los géneros en este ámbito de la vida, generando así una estrategia de prolongación la vida de los hombres, partiendo de la base que la participación social sería un factor protector.

Que el Plan Nacional Conjunto, principal mecanismo del Gobierno para asegurar una gestión coordinada del sector público en procura del bienestar e integración familiar y social de los adultos mayores del país, sea monitoreado y evaluado constantemente, incorporando indicadores (cuali y cuantitativos) de la Calidad de vida de este grupo etareo.

Entregar las herramientas prácticas a los equipos que son los encargados de traducir en acciones concretas la Política Nacional para el Adulto Mayor, tales como:

Formación permanente en: evaluación de las intervenciones, aportes de la participación social, modelo biopsicosocial de la salud, y el envejecimiento desde la perspectiva positiva del ciclo vital.

Estimular la participación de los adultos mayores en proyectos de promoción de la salud desde una perspectiva de reales actores del proceso en todas sus etapas, superando el modelo asistencialista que los sitúa en un rol de pacientes.

Orientar las actividades de promoción de la salud en las áreas psicosociales, valorando el gran aporte de los efectos subjetivos de estas.

En la presente tesis se ha desarrollado el tema de calidad de vida en personas mayores, que es una contribución a valorar como relevante, dada la ausencia de estudios en esta materia. Sin embargo, esta investigación tiene alcances limitados, tanto en el ámbito geográfico, pues sólo se realizó en la provincia de Curicó, séptima región de Chile, sino también en su extensión, debido a la restricción de recursos económicos. La opción de usar métodos cuantitativos, si bien permitió alcanzar los objetivos del estudio, no permite explorar otros ámbitos o dimensiones que podrían analizarse desde un enfoque cualitativo.

A pesar de estas restricciones y limitaciones el estudio constituye una contribución que permite acumular más evidencia sobre calidad de vida de este grupo etareo. A su vez, abre nuevas interrogantes que ameritan nuevos estudios que permitan resolver las preguntas cuyas respuestas aún desconocemos.

## Capítulo IX : Bibliografía

---

**Albala, C.** Lebrão M. León, M. Ham-Chande, R. Hennis, A. Palloni, A. Peláez, M. Prats, O. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de población estudiada. Rev. Panamericana de salud pública v.17 n.5-6 Washington maio/jun. 2005.

**Albarracin, D.** Fishbein, M. Goldstein, E. Seeking Social Support in Old Age as Reasoned Action: Structural and Volitional Determinants in a Middle-Aged Sample of Argentinean Women<sup>†</sup>— Journal of Applied Social Psychology 27 (6), 463–476. 1997.

Disponible en Word Wide Web:<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1559-1816.1997.tb00642.x>

Consultado 24 de septiembre del 2006

**Alvarado, R.** Medina, E. Aranda, W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Rev. Médica de Chile. Vol 130, n° 5. Santiago, May 2002.

**Alvarado, R.;** Vera, A. -Validación de Escalas para medir Trastornos Depresivos, por Ansiedad y Somatomorfos. Santiago de Chile, Cuadernos de Trabajo N° 2. Universidad Diego Portales, 1991

**Argyle, M.** Psicología y calidad de vida. Rev. Intervención psicosocial. 1993-. Vol. 2 (6), pp. 5-15.

**Arostegui, I.** Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto (1998). Citado por Gómez, M. Sabeh, E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.

Disponible en Word Wide Web: <http://www.pasoapaso.com.ve/CdVevolucion.pdf>.

Consultado el 25 de mayo del 2005.

**Bandura, A.** (1977). Social Learning Theory. New York: General Learning Press.

Disponible en Word Wide Web:

<http://fates.cns.muskingum.edu/~psych/psycweb/history/bandura.htm>

<http://www.ship.edu/~cgboeree/bandura.html>

<http://www.des.emory.edu/mfp/effguideSpanish.html>

Consultado 04 de abril del 2006.

**Bandura, A.** (1986). Social Foundations of Thought and Action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Disponible en Word Wide Web:

<http://fates.cns.muskingum.edu/~psych/psycweb/history/bandura.htm>

<http://www.ship.edu/~cgboeree/bandura.html> o en

<http://www.des.emory.edu/mfp/effguideSpanish.html>

Consultado 04 de abril del 2006.

**Ballesteros, B.** Medina, A. Caicedo, C. El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. Rev. Universitaria de psicología, Bogotá (Colombia), 5 (2): 239-258, mayo-agosto, 2006.

Disponible en Word Wide Web:

<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/descarga.php?len=IN&&id=119>

Consultado el 26 de septiembre del 2006.

**Bárez, M.** Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mamas. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, España. 2002.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0522103-210619/>  
Consultado 04 de abril del 2006.

**Barrientos, Jaime.** Calidad de vida. Bienestar subjetivo: Una mirada psicosocial. Editorial Universidad Diego Portales. Chile, 2005.

**Barros, C. y Forttes, A.** Estrategia de enfrentamiento de los eventos vitales que ocurren al envejecer. Chile, 2000.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.conicyt.cl/bases/bibfon/4/2/960542.html>  
Consultado el: 26 de septiembre del 2004.

**Barros, C. y Forttes, A.** Situaciones estresantes que afectan al adulto mayor y formas de enfrentarlas. Revista de trabajo social (Santiago). 2003, (72): 161-167

**Barros, C. Herrera,** Curso Calidad de vida de personas mayores: Instrumentos para el seguimiento de políticas y programas. Módulo 302: Bienestar subjetivo. CELADE – División de población, CEPAL. Santiago, Chile. 2003.

**Borthwick-Duffy,** 1992. Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz (Ed.), Mental retardation in the year 2000(pp. 52-66). Berlin: Springer-Verlag. Citado por Torres, A. Sanhueza, O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Ciencia y Enfermería. 12 (1):9-17. Concepción, junio, 2006.

**Bradburn, N.** Two dimensions of psycho-logical well-being: Positive and Negative affect. 1969.  
Disponible en Word Wide Web: <http://cloud9.norc.uchicago.edu/dlib/spwb/>  
Consultado el 25 de enero del 2004.

**Brennan,** 2001. Citado por Bárez, M. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mamas. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, España. 2002.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0522103-210619//mbv4de4.pdf>  
Consultado 04 de abril del 2006.

**Bullinger, M. Anderson, R. Cella, D. Aaronson.** Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. Quality Life. Res 1994; 2:451-459.  
Citado por Badia, X. Carné, X. - 1993.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.sepea.es/Hemeroteca/EDUKINA/Vol110/ml101409.pdf>  
Consultado 05 de abril del 2006.

**Burck, M.** Enfermería gerontológico. Cuidados integrales del adulto mayor. Edición 2. Ed. Ma court Brace. España, 1998.

**Caplan, G.** Support system and community mental health: Lectures on concept development. New York: Behavioral publications. 1974.  
Disponible en Word Wide Web: <http://secure.jstor.org/action/Creditcard/2>  
Consultado 07 de julio del 2006.  
Citado por Brown, J. Bowling Ann. Flynn, T. Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literatura. European Forum on Population Ageing Research. May 2004.

Disponible en Word Wide Web:

[http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol\\_review\\_complete.pdf](http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_complete.pdf)

Consultado 07 de julio del 2006.

**Caplan, G.** y Keane, 1985. Citado por Krzemian, D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina.

Disponible en Word Wide Web:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/15calidaddevidavejezfe-menina.pdf>.

Consultado el 25 de marzo del 2007.

**Cardona, D.** Estrada, A. Agudelo, H. Aspectos subjetivos del envejecimiento: Redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. Universidad de Antioquia, Colombia. 2002.

**Cardona, D.** Estrada A. Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Colombia. Rev. Biomédica 2006; 26:206-15.

**CEPAL.** Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.

Disponible en Word Wide Web: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/28240/W113\\_3.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/28240/W113_3.pdf)

Consultado el 26 de septiembre del 2006.

**Cobb.** Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314. 1976

Citado por Langford, CP y cols. Social support: a conceptual analysis, 1997. *Journal of advanced nursing*. 25 (1), 95-100.

Disponible en Word Wide Web: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_6\\_01/mgi11601.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi11601.pdf).

Consultada el 28 de agosto del 2005.

**Cuadra, H.** Folrenzano, R. El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. Rev. Psicología de la Universidad de Chile, Vol. 12, Nº 1: p 83-96. 2003.

**Cummins, R.** The domains of life satisfacción: an attempt to order chaos. *Social indicators research*, 38, 3. January, 1996. 303-328.

Disponible en Word Wide Web:

<http://springerlink.com/content/K637776171135073/?p=57c902bde2aa4ccbb33f7c79dc43adee8pi=4>.

Consultado el 17 de septiembre del 2006.

**Dachs, N.** Ferrer, M. Florez, C. Narváez, R. Valdivia, M. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. Rev. Panam. Salud pública. Vol 11, 5-6, Washington. May-June 2002.

**Dachs, N.** Using huousehotd surveys and ather information sources to study health equity in Latin America and the Caribbean. Rev. Panam. Salud pública. Vol 11, 5-6, Washington. May-June 2002.

**Díaz, G.** El bienestar subjetivo. *Actualidad y Perspectivas*. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(6):572-9.

Disponible en Word Wide Web: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_6\\_01/mgi11601.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi11601.pdf).

Consultada el 28 de agosto del 2005.

**Diener, E. & Diener, M.** (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.

**Diener**, Emmons, Larsen y Griffin. The Satisfaction With Life Scale (SWLS) is a measure of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol.49 No.1 1985

Disponible en Word Wide Web:

<http://translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/hottopic.html&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3D%2522Diener%2522%2B%2522satisfaction%2B%2Blife%2Bscale%2522%26hl%3Des%26lr%3D>

Consultado el 15 de enero del 2006.

**Diener**, E. Suh, E. Luca, R y Smith, H. El bienestar subjetivo. Tres décadas de progreso. *Boletín psicológico*. 1999; Vol. 125, p 271-301. Disponible en Word Wide Web: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/empresa/empresa6.htm>

Consultado el 15 de enero del 2006.

**Dulcey-Ruiz**, E. Participación activa del adulto mayor en sociedad.

Disponible en Word Wide Web:

<http://www.psicologiaincientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-elidul01.htm>.

Consultado el 23 de agosto del 2006.

**Dulcey-Ruiz**, y Uribe, C. Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Red Latinoamericana de gerontología*, número monográfico Ciclo vital, envejecimiento y vejez. Vol 34, 2002, números 1-2. Colombia.

Disponible en Word Wide Web: [http://www.rlpsi.org/volumen34\\_1\\_2.htm](http://www.rlpsi.org/volumen34_1_2.htm).

Consultado el 29 de noviembre del 2005.

**Duque**, M. Representaciones sociales de roles de género en la vejez: una comparación transcultural. *Universidad de Minnesota*, EUA. 2002

**Espinoza**, H. Participación social en salud: un reto para la promoción de la salud. [Rev. Fac. Nac. Salud Pública](#);21(2):119-126, jul.-dic. 2003.

Disponible en Word Wide Web:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/IndArtRev.jsp?iCveNumRev=1438&iCveEntRev=120&institucion=>

Consultado el 17 de septiembre del 2006.

**Estes-Binney**, 1986. Citado por Monchiatti, A. La representación social de la vejez. Tesis de Maestría en Psicología Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Disponible en Word Wide Web: <http://mdp.edu.ar/psicologia/aacc/bole14/tesismonchie.htm>

Consultado el 17 de septiembre del 2006.

**Feeny**, D. President Message. *International Society for Quality of Life Research*. Volume 10 Issue 2 September 2005

Disponible en Word Wide Web: [www.isoqol.org](http://www.isoqol.org)

Consultado el 20 de abril del 2006.

**Fernández**, N. Clúa, A. Báez, R. Ramírez, M. Prieto, V. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los Ancianos.

*Rev. Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(1):6-12.

**Fernández-Berrocal**, P. Salovey, P. Vera, A. Ramos, N. Extremera, N. Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Rev. Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol. 4, 8-9. España.

**Fernández-Mayorales**, G. Rojo, F. Abellán, A. Rodríguez, V. Envejecimiento y salud, diez años de investigación. Rev. Mult Gerontol 2003; 13(1):43-46.

Disponible en Word Wide Web: <http://reme.uji.es/articulos/afernp9912112101/texto.html>

Consultado el 14 de noviembre del 2005.

**Fondo Nacional de Salud**. Presentación ppt Dr. Alvaro Erazzo (Director FONASA), Escuela de verano 2004, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Fredemir**, P. Messias, G. Messias, I. Programa de integracãocomunitária: em busca de novas estratégias e novos sentidos à vida. Rev. Latinoamericana de Enfermagem – Riberão Preto. Abril, 2000. Vol. 8, n2, 5-10

**Gallegos**, K. García, C. Duran, C. Reyes, H. Durán, L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. Rev Saúde Pública 2006;40(5): 792-801.

Disponible en Word Wide Web: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n5/08.pdf>

Consultado el 14 de noviembre del 2005.

**García**, B. Envejecimiento en el mundo rural: Problemas y soluciones. IMERSO y la Universidad Complutense, España, 1997.

Disponible en Word Wide Web: <http://www.senama.cl/Archivos/866.pdf>.

Consultado el 28 de octubre del 2006.

**García**, M. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Universidad de Málaga, España. Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 48 - Mayo de 2002

Disponible en Word Wide Web: <http://www.efdeportes.com/> .

Consultado el 26 de septiembre del 2006

**Gill** y Feinstein, 1994. Citado por Monchietti, A. Krzemien, D. Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez. Segundo curso virtual de educación para el envejecimiento. Portal virtual de psicogerontología Tiempo. 2002.

Disponible en Word Wide Web: <http://www.psiconet.com/tiempo/cvepe2/biblio3.htm>.

Consultado el 22 de septiembre del 2006.

**Hagerty**, M. Cummins, R. ferris, A. Land, K. Michalos, A. Peterson. M. Sharpe, A. Sirgy, J. Vogel, J. Quality of life indexes for nacional policy: research priorities. Bulletin de methodologie sociologique, 55(1), 1-96, July, 2001

Disponible en Word Wide Web:

<http://www.ingentaconnect.com/content/klu/soci/2001/00000055/00000001>

Consultado el 26 de mayo del 2005.

**Hernández**, R. Fernández, C. Baptista, P. Metodología de la investigación. Edición 3. Ed. Mc Graw Hill. México, 2004.

**Holmes**, T. Rahe, H. The social readjustment rating scale. J Psychosomat Res 1967; 11:213-8. Estados Unidos.

Disponible en Word Wide Web:

<http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1982/A1982PJ13900001.pdf>

Consultado el 25 de mayo del 2004.

**Instituto Nacional de Estadísticas de Chile**. Chile y los adultos mayores, impacto en la sociedad del 2000. En el año internacional del adulto mayor. Chile, 1999.

Disponible en Word Wide Web:

[http://www.ine.cl/ine/canales/chile\\_estadistico/calidad\\_de\\_vida/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf](http://www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf). Consultado el 26 de agosto del 2003.

**Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.** Chile: Proyecciones y Estimaciones e Población. Total País 950-2050. Publicación en Convenio con la Comisión Económica para América Latina y El Caribe, Serie de la Publicación (CEPAL): OI No 208. 2003.

**Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.** Censo de población y vivienda 2002. Chile, 2003. Disponible en Word Wide Web: [www.ine.cl](http://www.ine.cl). Consultado el 25 de abril del 2005.

**Instituto Nacional de Previsión,** Consejo Asesor Presidencial para la Reforma Provisional, El Derecho a una vida en la Vejez Hacia un Contrato Social con la Previsión en Chile, Volumen II Consulta Ciudadana. Chile, 2005

**Katschnig, H.** (1997) How useful is the concept of quality of life in psychiatry? En H.Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), Quality of life in mental disorders (pp. 3- 16). Chichester: Wiley. Disponible en Word Wide Web: [www.wpanet.org/publications/docs/wpa032006.pdf](http://www.wpanet.org/publications/docs/wpa032006.pdf) Consultado el 28 de abril del 2005.

**Krzemien, D.** Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. 2001 Disponible en Word Wide Web: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/15calidaddevidavejezmenina.pdf>. Consultado el 25 de marzo del 2007.

**Lalonde, M. y otros.** El concepto de "campo de salud": una perspectiva canadiense. Promoción de la salud: Una antología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica N°557. Estados Unidos 1996.

**Larsen, R. Katelaar, T.** Personality and susceptibility to positive and negative emotional states", Journal of Personality and Social Psychology, 61 (1), 132-40.1991

**Lluch, M.** Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, División ciencias de la salud, Facultad de Psicología. Septiembre 1999 Disponible en Word Wide Web: [http://www.tdcat.cesca.es/TESIS\\_UB/AVAILABLE/TDX-0331104-104403/E\\_TESIS.pdf#search=%22eSCALA%20Eventos%20vitales%20Holms%20y%20Rahe%2C%20Paez%2C%20%22](http://www.tdcat.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0331104-104403/E_TESIS.pdf#search=%22eSCALA%20Eventos%20vitales%20Holms%20y%20Rahe%2C%20Paez%2C%20%22) Consultado el 25 de abril del 2004.

**Marín, M. Troyano, Y. Vallejo, A.** Percepción social de la vejez. Rev Mult Gerontol 2001;11 (2):88-90

**Miguel, L.** Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Tesis doctoral, facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona. España, 2001.

**Ministerio de Planificación Nacional de Chile.** Encuesta de caracterización económica, CASEN 2000. División social, departamento de información social. Chile, 2001. Disponible en Word Wide Web: <http://www.mideplan.cl>. Consultado el 12 de dic. del 2004.

**Ministerio de Planificación Nacional de Chile.** Encuesta de caracterización económica, CASEN 2003. División social, departamento de información social. Chile, 2004.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.mideplan.cl>.  
Consultado el 12 de diciembre del 2004.

**Ministerio de Planificación y Vivienda de Chile.** Encuesta de clasificación económica nacional, Chile, 2000.  
Disponible en Word Wide Web:  
<http://www.seg-social.es/imsero/normativas/planppmm20032007.pdf#search=%22participaci%C3%B3n%20social%20en%20personas%20mayores%22>  
Consultado el 29 de octubre del 2004.

**Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.** Plan de acción para las personas mayores 2003-2007.

**Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile.** Código del Trabajo de Chile, 1984.

**Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile.** Código del Trabajo de Chile. Biblioteca del Congreso Nacional. Norma DFL-1. Publicada el 16.01.2003. Promulgación 31.07.2002

**Ministerio Nacional de Salud de Chile.** Salud con la gente. Programa de reconocimiento de apoyo a las organizaciones sociales de salud. Chile, 2000.

**Ministerio Nacional de Salud de Chile.** Encuesta nacional de calidad de vida en Chile. 2002.  
Disponible en Word Wide Web: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl),  
Consultado el 25 de septiembre del 2004.  
Organización Mundial de la Salud.  
Ministerio Secretaría General de Gobierno. Asociacionismo emergente en Chile, estudios y reflexiones. Chile, 2001.

**Miñano, L.** Una experiencia de participación de las personas mayores: Los centros sociales de mayores del Municipio de Murcia. España, 2004.  
Disponible en Word Wide Web:  
<http://www.eduso.net/archivos/IVcongreso/comunicaciones/c48.pdf#search=>.  
Consultado 22 de septiembre del 2006.

**Molina, C. Meléndez J.** Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. Rev. Geriátrika 2006; 22(3):97-105.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/bienestar.pdf>.  
Consultado 22 de septiembre del 2006.

**Monchiatti, A. Lombardo, E. Roel, I. Gastron, L. Sánchez, M.** Como Vemos A Los Viejos, Como Se Ven Ellos A Si Mismos. 1 ed. M. Del Plata. Bs. As. Arg. : Editorial Talleres Graficos. Universidad Nacional De Mar Del Plata, 1999, v.1. p.99.

**Monchiatti, A. Krzemien, D.** Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez. Segundo curso virtual de educación para el envejecimiento. Portal virtual de psicogerontología Tiempo. 2002.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.psiconet.com/tiempo/cvepe2/biblio3.htm>.  
Consultado el 22 de septiembre del 2006.

**Montes de Oca**, V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. Instituto de investigaciones sociales, UNAM, México. 1995.  
Disponible en Word Wide Web:  
Consultado 24 de septiembre del 2006

**Negri, A.** 1995. Citado por Berger, S. La integración de los adultos mayores en la sociedad: sus desafíos.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Berger.doc>  
Consultado 28 de septiembre del 2006

**Naughton**, M. Shumaker, S. Anderson R. Czajkowski, S. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Spilker, B. Cap. 15 , 117-131, New York, Lippincott-Raven. Citado por Shwartzman, L.. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Rev. Ciencia y enfermería. Universidad de Concepción Vol. 9, n2  
Disponible en Word Wide Web: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext)  
Consultado el 25 de mayo del 2006

**Oishi**, S. Diener, E. Lucas, R. Suh, E. Cross-Cultural Variations in Predictors of Life Satisfaction: Perspectives from Needs and Values. Personality and Social Psychology Bulletin, Vol. 25, No. 8, 980-990. 1999.  
Disponible en Word Wide Web: <http://intl-psp.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/8/980>  
Consultado el 15 de enero del 2006.

**Organización de Naciones Unidas.** Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Asamblea mundial sobre el envejecimiento. Viena, Austria, 1982.  
Disponible en World Wide Web:  
Consultado 12 de diciembre del 2004.

**Organización de Naciones Unidas.** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 1996.  
Disponible en World Wide Web: <http://www.desarrollohumano.cl/otraspub/>  
Consultado 12 de diciembre del 2004.

**Organización de Naciones Unidas.** Índice de desarrollo en Chile 1990 – 1998. PNUD 1999, N°3. Temas de desarrollo humano sustentable.  
Disponible en World Wide Web:  
<http://mirror.undp.org/chile/desarrollo/textos/otraspub/Pub03/1indeshu.pdf>.  
Consultado 12 de diciembre del 2004.

**Organización de Naciones Unidas.** Desarrollo humano en las comunas en Chile. PNUD 2000, N°5.  
Disponible en World Wide Web:  
<http://www.desarrollohumano.cl/otraspub/Pub04/Desarrollofinal.pdf>  
Consultado 12 de diciembre del 2004.

**Organización de Naciones Unidas.** Informe de desarrollo humano en Chile del año 2000 "Más Sociedad para Gobernar el Futuro".  
<http://www.desarrollohumano.cl/otraspub/.pdf>  
Consultado 12 de diciembre del 2004.

**Organización de Naciones Unidas.** Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, realizada en La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. España, 2002.  
Disponible en World Wide Web: [http://www.envejecimiento.gov.co/informe\\_onu.pdf#search](http://www.envejecimiento.gov.co/informe_onu.pdf#search).  
Consultado el 12 de diciembre del 2004.

**Organización de Naciones Unidas.** Plan de acción internacional sobre el envejecimiento, 2002. Versión provisional no editada. 2002.  
Disponible en World Wide Web:  
<http://www.imsersomayores.csec.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>.  
Consultado el 12 de diciembre del 2004.

**Organización de Naciones Unidas.** Una sociedad para todas las edades. 2004. Sitio Internet de la ONU de la División de Noticias y Medios de Información del Departamento de Información Pública, revisado 15 agosto del 2006.

**Organización Mundial de la Salud.** Alma-Ata: 25 años después por David A. Tejada de Rivero Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud Volumen 8, Número 1, 2003

**Organización Mundial de la Salud.** WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, scoring and generic version of the Assessment. Field Trial Version, Dec, 1996.  
Disponible en Word Wide Web:  
<http://www.popcouncil.org/horizons/AIDSQuest/instruments/WHOQOL-BREF.pdf>  
Consultado el 22 de octubre del 2002.

**Organización Mundial de la Salud.** Promoción de Salud. Glosario. Ginebra: 1998.

**Organización Mundial de la Salud.** WHOQOL-Annotated Bibliography. October, 1999. Versión WHO/MNH/MHP/98.4.Rev.2.

**Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Suiza, 2001.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>,  
Consultado el 09 de enero del 2007.

**Organización Mundial de la Salud.** Envejecimiento y salud. 55ª Asamblea mundial de la salud. A55/17 Add.1. Abril de 2002.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.who.int/>  
Consultado el 09 de enero del 2007.

**Organización Mundial de la Salud.** Comisión sobre determinantes sociales. Preguntas y respuestas: ¿Por qué es necesario centrarse en los determinantes sociales de la salud?. 2004.  
Disponible en Word Wide Web:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html)  
Consultado el 11 de enero del 2007.

**Organización Mundial de la Salud.** Commission on Social Determinants of Health Source: The world health report 2006.  
Disponible en Word Wide Web: [http://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/en/](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/en/)  
Consultado el 19 de enero del 2007.

**Organización Mundial de la Salud.** 138° Sección del comité ejecutivo. Washington, D.C., E.E.U.U. 19-23 junio del 2006.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138-15-s.pdf>  
Consultado el 20 de octubre del 2006.

**Organización Panamericana de la Salud.** Factores psicosociales y la salud de los ancianos. Publicación científica, 492, Hacia el bienestar de los ancianos. P 87-95. Washington, 1985.

**Organización Panamericana de la Salud.** Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago de Chile. SABE, 2000

**Organización Panamericana de la Salud.** Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5-6):452-454

**Páez, D. Fernández, I. Ubillos, S. y Zubieta, E.** manual de psicología y salud. Instrumentos de prácticas de investigación. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad del País Vasco. 2000.

**Palomar, J. Lanzagorta, N.** Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. Rev. Latinoamericana de psicología 2005, vol. 37(1): 9-45.  
Disponible en Word Wide Web:  
[http://www.rlpsi.org/articulos\\_2005/vol37\\_num\\_1\\_palomar\\_lanzagorta\\_pobreza\\_movilidad\\_social.pdf](http://www.rlpsi.org/articulos_2005/vol37_num_1_palomar_lanzagorta_pobreza_movilidad_social.pdf)  
Consultada el 22 de mayo del 2006.

**Palomar, J.** Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. Universidad Iberoamericana de México. 2004. Disponible en Word Wide Web:  
<http://www.uia.mx/campus/publicaciones/IIDSES/idses3.pdf>  
Consultada el 22 de mayo del 2006.

**Patrick, D. Erickson, P.** Health policy, quality of life: Health care evaluation and resource allocation. Oxford University Press. New York. 1993. Citado por Shwartzman, L.. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Rev. Ciencia y enfermería. Universidad de Concepción Vol. 9 (2)  
Disponible en Word Wide Web: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext)  
Consultado el 25 de mayo del 2006

**Purón, I. Couso, C.** Cualidades morales de salud en el adulto mayor. MEDISAN 1999; 3 (4): 30-37. Disponible en Word Wide Web: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3\\_4\\_99/san06499.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3_4_99/san06499.pdf) o en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base>  
Consultado el 11 de julio del 2006.

**Quiaoming**, A. y Besser, T. Social capital and participation in community improvement activities by elderly residents in small towns and rural communities. *Rev. Rural Sociology*; Sep 2003; 68, 3; ProQuest Agriculture Journals, pg. 343.

**Reig**, A. Cabrero, J. Richard, M. Comportamiento y salud en la vejez. *Rev. Geriatria y Gerontología*. España 1996;3(1): 37-d4.

**Reyes**, T. Triana, E. Salud en la tercera edad. Publicación centro de estudio gerontológico Colón, Cuba. 2003

Disponible en Word Wide Web:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID007.pdf>

Consultado el 22 de mayo 2006

**Riley**, 1987. Citado por Berger, S. La integración de los adultos mayores en la sociedad: sus desafíos.

Disponible en Word Wide Web: <http://www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Berger.doc>

Consultado 28 de septiembre del 2006

**Rodríguez**, L. Auto percepción de la Salud en las personas adultas mayores. Documento O.P.S. Módulo IV. Salud y Envejecimiento, presentado en I Curso Internacional sobre calidad de vida de personas mayores, CELADE, Santiago de Chile, Setiembre, 2003.

**Rodríguez**, P. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. IMSERSO. Junio 2004; n11.

Disponible en Word Wide Web: [http://www.seg-social.es/imserso/investigacion/emay95\\_01.doc](http://www.seg-social.es/imserso/investigacion/emay95_01.doc) o en

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentacion/estudiosyresultados/perfiles/boletinsobreenviejec11>.

Consultado el 12 de septiembre del 2006

**Rosenfed**, E. Díscoli, C. San Juan, G. Martín, I. Barbero, D. Ferreyro, C. Ramirez, J. Domínguez, C. Modelo de calidad de vida urbana. Determinación de indicadores de percepción de calidad de redes de servicios urbano – regionales. Universidad Nacional de la Plata Argentina.

Disponible en Word Wide Web:

[http://www.fau.unlp.edu.ar/descargas/investigacion/UI\\_2/publicaciones/2.%20MODELO%20DE%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20URBANA.doc](http://www.fau.unlp.edu.ar/descargas/investigacion/UI_2/publicaciones/2.%20MODELO%20DE%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20URBANA.doc)

Consultado el 12 de septiembre del 2006.

**Ryff**, C. Personality development from the incide: The subjetive experience of change in aulthood and againg. En P.B. Baltes y O.G. Brim (Eds.), *Life-span de-velopment and behavior*, vol 6. p 243-279.1984; citado por Molina, C. Meléndez J. Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Rev. Geriátrika* 2006; 22(3):97-105.

Disponible en Word Wide Web: <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/bienestar.pdf>.

Consultado 22 de septiembre del 2006. Y por Zacarés, J. y Serra, E. Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto. *Anales de psicología*, 1996, 12(1), 41-60.

Disponible en Word Wide Web: [http://www.um.es/analesps/v12/v12\\_1/04-12-1.pdf](http://www.um.es/analesps/v12/v12_1/04-12-1.pdf).

Consultado el 10 de noviembre del 2005.

**Salinas**, H. Albornoz, J. Reyes, A. Erazo, M. Ide, R. Análisis de componentes principales aplicado a variables respecto a la mujer gestante en la región de las Américas. *Rev. Chilena de ginecología y obstetricia*, v. 71, (1): 17-25. Santiago, 2006.

**Salinas**, J. y Vio del R, F. Promoción de la salud en Chile. Rev. Chilena de Nutrición. 2002; 29 (supl.1):164-173.

**Salvareza**, L. La vejez. Ed. Paidós. Argentina, 1999. Citado por Sanhueza, M. Castro, M. Merino, J. Adultos Mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Rev ciencia y enfermería, v.11 (2): 17-21, 2005.

**Sanjuán**, P. Pérez, A. Bermúdez, J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. Psicothema 2000. Vol. 12, Supl. 2, p 509-513

**Schwarzer**, R. Baessler, J. Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia general. Rev. Ansiedad y estrés, ISSN 1134-7937, Vol. 2, N° 1, 1996, pags. 1-8  
Disponible en Word Wide Web: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186652>  
Consultado el 22 de septiembre del 2006.

**Serafim**, P. Qualidade de vida na terceira idade. Envelhecer com cidadania: quem sabe Um dia?. Rio de Janeiro, ANG, 2000. p121-138.

**Servicio Nacional del Adulto Mayor**. Seminario "Adultos mayores y profesionales: enfoque interdisciplinario". Chile, 2000.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.senama.cl/archivos/722.pdf>.  
Consultado el 22 de septiembre 2006.

**Servicio Nacional del Adulto Mayor**. Catastro de población adulta mayor: Adultos mayores por comuna y porcentajes. 2002.  
Disponible en Word Wide Web:  
[http://www.ine.cl/ine/canales/chile\\_estadistico/calidad\\_de\\_vida/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf](http://www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf).  
Consultado el 22 de septiembre 2006.

**Servicio Nacional del Adulto Mayor**. Perfil del adulto mayor en Chile: Desarrollando respuestas integradas. 2002.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.senama.cl/Archivos/860.pdf>  
Consultado el 22 de septiembre 2006.

**Servicio Nacional del Adulto Mayor**. Política Nacional para el adulto mayor. Chile, 2004.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.senama.cl/sitio/contenido.aspx?idDo=19&jeTd=105>  
Consultado el 13 de septiembre del 2006.

**Servicio Nacional del Adulto Mayor**. Plan nacional conjunto para el adulto mayor. Chile, 2004.  
Disponible en Word Wide Web:  
<http://www.senama.cl/sitio/contenido.aspx?idDo=43&idTd=24> .  
Consultado el 13 de septiembre del 2006.

**Servicio Nacional del Adulto Mayor**. Avances. Presentación formato ppt. Presentado por Don Manuel Pereira, Director SENAMA. Escuela de Verano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Enero del 2006.

**Suardíaz** J. Fundamentación antropológica del concepto calidad de vida. Rev. Vitral n 60 \*año X\* marzo-abril de 2004.

**Shwartzman**, L.. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Rev. Ciencia y enfermería. Universidad de Concepción Vol. 9, n2  
Disponible en Word Wide Web: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext)  
Consultado el 25 de mayo del 2006

**Tellegen** y cols. 1988. Citado por Diener, E. El bienestar subjetivo: tres décadas de progreso. Disponible en Word Wide Web: <http://www.google.cl/search?hl=es8q>  
Consultado el 6 de octubre del 2006.

**Thi**, H. Social and gender analysis in natural resource management. Creating opportunities for change: Strengthening the social capital of women and the poor in upland communities in Hue, Viet Nam. 2006  
Disponible en Word Wide Web: [http://www.idrc.ca/es/ev-93079-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/es/ev-93079-201-1-DO_TOPIC.html)  
Consultado el 22 de septiembre del 2006.

**Thomahe**, H. Haciéndole frente al estrés en la vejez. Revista latinoamericana de gerontología. esp. Vol. 34, ns. 1-2, 2002.

**Thonse**. 1982. Citado por:

Monchietti, A. Krzemien, D. Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez. Segundo curso virtual de educación para el envejecimiento. Portal virtual de psicogerontología Tiempo. 2002. Disponible en Word Wide Web:

<http://www.psiconet.com/tiempo/cvepe2/biblio3.htm>. Consultado el 22 de septiembre del 2006.

Krzemien, D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina.

Disponible en Word Wide Web:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/15calidaddevidavejezfe menina.pdf>.

Consultado el 25 de marzo del 2007

**Torres**, A. Sanhueza, O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Ciencia y Enfermería. 12 (1):9-17, Concepción junio, 2006.

**Tuesca-Molina**, R. Fierro, N. Molineras, A. Oviedo, F. Polo, Y. Polo, J. Sierra, I. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 595-604 N.º 5 – Sept.-Oct. 2003

**Vaux**, A. Burda, P. Stewart, D. Orientation toward utilizing support resources. Journal of community Psychology, 14, 159-70. 1986.

Disponible en Word Wide Web: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/112408290/ABSTRACT>

Consultado el 15 de enero del 2005.

**Vaux**, A. Riedel, Sh. Stewart, D. 1987. Citado por Martínez, M. Mora, T. y Rosel, J. Metodología de la res de apoyo social en la tercera edad.

Disponible en Word Wide Web: <http://www.springerlink.com/content/ut6m8043r20u2810/>

Consultado el 26 de diciembre del 2006.

**Vaux**, A. 1988. Citado por Hernández, S. Pozo, C. Alonso, E. Martos, M. Estructura y funcionamiento del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. Anales de psicología, 2005, Vol. 21, 2. Diciembre 304-315, España.

Disponible en Word Wide Web: [http://www.um.es/andesps/v21/v21\\_2/12\\_2.pdf](http://www.um.es/andesps/v21/v21_2/12_2.pdf)  
Consultado el 26 de diciembre del 2006.

**Veenhoven, R.** Conditions of happiness. Dordrecht/Boston/Lancaster, ISBN90277 1792 3, 461 p.268-72. 1984 .  
Disponible en Word Wide Web: <http://www.uer.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1980s/84a-con.htm>  
Consultado el 26 de diciembre del 2006.

**Veenhoven, R.** Apiñes in nations. Subjetive appreciation of life in 56 nations 1946-1992. RISBO, Studies in Social and cultural transformation nr 2. Erasmus University Rotterdam, Netherlands.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/pub2000s/2001-fulls.pdf> <http://>  
Consultado el 28 de diciembre del 2006.

**Veenhoven, R.** Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo. Universidad de Róterdam. 2001.  
Disponible en Word Wide Web: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/pub1990s/93b-com.html>  
Consultado el 28 de diciembre del 2006.

**Velásquez, C.** Villanueva, L. Flores, M. Pérez, E. Fernández, P. Velásquez, L.. Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España). Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002.

**Withbourne**, 1985. Citado por Sánchez, L. Implicaciones de la psicoterapia existencialista de la búsqueda del sentido en la vejez. Rev. Información psiquiátrica, segundo trimestre 2006, 184. España.  
Disponible en Word Wide Web: [http://revistahospitalaria.org/info\\_2006/02\\_184\\_10.html](http://revistahospitalaria.org/info_2006/02_184_10.html)  
Consultado el 28 de diciembre del 2006.

**Ysern de Arce, J.** Inteligencia emocional en el adulto mayor: avances y desafíos. Seminario internacional "La tercera edad en el tercer milenio, un desafío para todos". Talca, nov. 1999.  
Disponible en Word Wide Web: <http://redadultosmayores.com.ar/foroRAM/viewtopic.php?t=120> o en <http://www.ubiobio.cl/vitrina/AdultoMayor.htm>  
Consultado el 26 de noviembre del 2006.

**Zacarés, J. y Serra, E.** Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto. Anales de psicología, 1996, 12(1), 41-60.  
Disponible en Word Wide Web: [http://www.um.es/analesps/v12/v12\\_1/04-12-1.pdf](http://www.um.es/analesps/v12/v12_1/04-12-1.pdf).  
Consultado el 10 de noviembre del 2005.

**Zorrilla, A.** El envejecimiento y el estrés oxidativo. Rev. Cubana Invest. Biomédica. Vol 21, 3. Ciudad de la Habana. Jul-sept. 2002.