

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**ESTUDIO EXPLORATORIO DESCRIPTIVO DEL BIENESTAR
PSICOLÓGICO DE UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES JUBILADOS
QUE ASISTEN Y PARTICIPAN EN LA OFICINA COMUNAL
DEL ADULTO MAYOR DE VALPARAÍSO**

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

PATRICIA PINOCHET ESCALONA

PAOLA TAVANO AVALOS

PROFESORA PATROCINANTE

MARÍA ELENA VALDOVINOITT ORTIZ

VALPARAÍSO, CHILE

DICIEMBRE DE 1998.

A mi familia, por haberme brindado su apoyo incondicional, en especial a mis padres, Luis Antonio y María Eliana, por la confianza y cariño entregados a lo largo de todos estos años.

A mis amigas Carolina Reyes, Gilda Rogat y Pámela Valencia, por haberme entregado el respaldo y la fuerza necesaria para seguir adelante, a pesar de los obstáculos puestos en mi camino.

Patricia Pinochet E.

Dedicada,

A mi familia, especialmente a mis dos mamás, Angélica y Raquel de las cuales he recibido un amor incalculable hoy y siempre; a mi padre René, que a pesar de la distancia y las circunstancias siempre quiso estar a mi lado.

A Claudio, compañero de mis días ... y de aquellos días ... por su amistad y apoyo incondicional.

A María Elena Valdovinoitt, una gran mujer, maestra y amiga.

A Marizella Valdés, Carolina Alvarez, Claudia Mardones, Gilda Rogat, Adriana Navea, Berta Varas, personas que han sido un pilar importante en este largo andar.

Paola Tavano A.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros sinceros agradecimientos a la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso y a los Adultos Mayores que asisten y participan en ella, por la gran acogida, disposición y colaboración con este trabajo. A las profesoras Informantes Bianca Dapelo y Viviana Rodríguez.

Agradecemos especialmente a María Elena Valdovinoitt, profesora Patrocinante, por la confianza, el apoyo y cariño brindado durante todo este proceso de aprendizaje.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio exploratorio descriptivo acerca del Bienestar Psicológico de una muestra de personas Adultas Mayores, de 60 – 70 años de edad, que asisten y participan en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la comuna de Valparaíso, y que actualmente se encuentran jubiladas.

El objetivo principal es describir el Bienestar Psicológico de los sujetos a través de cuatro dimensiones, estas son Salud Mental, Depresión, Autoestima y Satisfacción Actual.

Los resultados obtenidos de la Variable en estudio permiten realizar una lectura del Bienestar Psicológico, en relación a este grupo etáreo con características específicas.

La información recolectada y analizada sobre Bienestar Psicológico se constituye en un aporte a posibles líneas de intervención en el ámbito de la Adulter Mayor, en la Quinta región en general y la comuna en particular.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
INDICE	
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1.- Introducción	1
1.2.- Planteamiento del problema	3
1.3.- Objetivos del Estudio	4
1.3.1.- Objetivo General	4
1.3.2.- Objetivos Específicos	5
1.4.- Población en Estudio	5
1.5.- Relevancia y Justificación del Estudio	6
CAPITULO II. ANTECEDENTES GENERALES	
2.1.- Política Nacional del Adulto Mayor	7
2.1.1.- Antecedentes de la Política Nacional del Adulto Mayor	7
2.1.2.- Principios de la Política Nacional del Adulto Mayor	8
2.1.3.- Objetivos de la Política	11
2.1.3.1.- Objetivo General	11
2.1.3.2.- Objetivos Específicos	11
2.1.3.3.- Objetivos Instrumentales	13
2.2.- Situación del Adulto Mayor	15
2.2.1.- Situación Demográfica	15

2.2.2.- Realidad Socioeconómica	17
2.3.- Oficina Comunal del Adulto Mayor	24
2.3.1.- Antecedentes de la Oficina del Adulto Mayor	24
2.3.2.- Modalidad de operación, beneficiarios y cobertura	25
2.3.3.- Objetivo General	26
2.3.4.- Objetivos Específicos	26
2.3.5.- Areas de Intervención	27
2.3.5.1.- Area Socioeducacional	27
2.3.5.2.- Area Integración Social	28
2.3.5.3.- Area de Atención Social Individual	28
2.3.5.4.- Area Intervención Social Comunitaria	29

CAPITULO III. MARCO TEORICO

3.1.- La Vejez y el Envejecimiento	33
3.2.- Construcción Social de la Vejez	34
3.2.1.- Socialización	35
3.3.- Nuevo Enfoque del Envejecimiento	40
3.4.- Aspectos que condicionan la Vejez	44
3.4.1.- Aspectos relacionados con Salud	44
3.4.2.- Aspectos Psicológicos	46
3.4.2.1.- Apoyo Social	48
3.4.3.- Aspectos Socio-culturales	53
3.4.3.1.- Jubilación	53
3.4.3.2.- Tiempo Libre	55

3.5.- Concepto Salud y Salud Mental	57
3.5.1.- Definición de Salud	57
3.5.2.- Definición Salud Mental	58
3.5.3.- Modelo Psicosocial de Salud Mental	59
3.5.3.1.- Modelo de Salud Mental de Warr	66

CAPITULO IV. METODOLOGIA

4.1.- Tipo y diseño de investigación	73
4.2.- Muestra	73
4.3.- Procedimiento	74
4.4.- Técnica de recolección de datos	75
4.5.- Variables en estudio	78
4.5.1.- Definición de Variable Dependiente	78
4.5.2.- Variable Independientes	79

CAPITULO V. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

5.1.- Caracterización de la muestra	80
5.2.- Presentación de la variable en estudio	86

CAPITULO VI. DISCUSION

136

REFERENCIAS

ANEXOS

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un término general y su connotación dependerá del contexto en que sea utilizado, porque hace referencia tanto a un fenómeno fisiológico, de comportamiento, social o cronológico.

La Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas en 1980, fijó la edad de 60 años como límite para la definición de anciano. Sin embargo, datos provenientes de los países desarrollados sugieren la conveniencia de definir a otro grupo “más viejo” a partir de los 80 años.

Actualmente existe a nivel mundial una gran preocupación por los ancianos, y particularmente en los países desarrollados, donde un gran número de su población puede ser incluida en la categoría de “tercera edad”, a diferencia de países de América Latina y el Caribe, considerados como una población joven. Sin embargo, las proyecciones demográficas para estos países jóvenes, indican que la población de más de 60 años, que era de 23.3 millones en 1985, pasará a 40.9 millones a finales de siglo y llegará a 93.3 millones en el año 2025; es decir, casi el 11% del total de habitantes en 2025. (OPS, 1984)

En Chile, el proceso de envejecimiento de la población se ha dado en forma paulatina pero sostenida. Hoy se observa que la población mayor de 60 años ha experimentado un mayor incremento porcentual en relación a otros grupos etáreos. En 1992 el 9.8% del total

de la población del país estaba compuesto por personas de 60 años y más, que correspondían a 1.300.000. Para el año 2025 se proyecta que este segmento de la población alcance a un 16% del total de habitantes de Chile, superando los 3 millones de personas. (Política Nacional para el Adulto Mayor, 1996).

El aumento creciente de la población Adulta Mayor no es homogénea a lo largo del país, constatándose una mayor concentración en las zonas urbanas. Y según distribución por regiones, la Vª presenta la población más envejecida del país, junto con la IX, X, IV regiones (Lolas, 1996).

Estos cambios demográficos se explican por una disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad a través del tiempo como consecuencia del desarrollo científico-tecnológico, económico y social, cuyas consecuencias son un descenso en el crecimiento de la población, cambios en la estructura por edad y sexo, aumento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población.

El sustancial aumento de la expectativa de vida es sin duda un logro social que debe valorarse en términos positivos. Sin embargo, las implicancias que tiene el envejecimiento de la población en las distintas esferas de la vida, especialmente en el ámbito de la salud y previsión, exige al Gobierno preocuparse y adelantarse a sus consecuencias, asumiendo el problema del envejecimiento de la población como parte de un proyecto integral de país (Política Nacional para el Adulto Mayor, 1996).

1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población en términos demográficos es uno de los acontecimientos sociales más relevantes de las últimas décadas (Lolas,1996).

El aumento de la población Adulta Mayor plantea una serie de desafíos para la sociedad en general y para el Estado en particular, encargado de elaborar políticas en favor de este grupo etáreo.

La persona al llegar a los 60 años pasa a ser “adulto mayor”, constituyéndose la edad un criterio netamente social en la determinación de la pertenencia a este grupo. El criterio de la edad también tiene implicancias en el ámbito laboral, siendo relevante para la decisión u opción de poner fin a la etapa productiva.

La actividad laboral posee una serie de funciones, una de ellas es estructurar el tiempo de las personas y favorecer el establecimiento de redes sociales y de apoyo. Cuando se hace abandono del trabajo la persona se enfrenta a una gran cantidad de “tiempo libre”, tiempo que era ocupado “productivamente”, se asocia además a la pérdida de compañeros y amigos, fuente potencial de gratificaciones.

El sentimiento de pérdida de estructura y parte de las redes sociales suele ser vivida y enfrentada de distinta manera por hombres y mujeres, dependiendo de los roles en que hayan sido socializados.

La mujer a lo largo de su vida es preparada para asumir una mayor cantidad de roles respecto a los hombres, el que es socializado principalmente para posesionarse del rol de “proveedor”, rol socialmente valorado a diferencia de los que socialmente son asignados a la mujer.

Se estima que a raíz de la jubilación la persona sufre un deterioro en su Bienestar Psicológico en gran medida determinado por factores psicosociales, como aislamiento social, inseguridad económica, pérdida de familiares y amigos, así como, a su desvalorización social, debido al retiro de la actividad laboral.

En este estudio se aborda la Salud Mental desde una perspectiva psico-social: Bienestar Psicológico, el cual es evaluado a través de cuatro dimensiones : Salud Mental, Autoestima, Depresión, Satisfacción Actual. A diferencia de los criterios de tipo biomédico, esta perspectiva considera a la persona de una manera más integral.

Por lo anteriormente señalado se plantea como relevante efectuar un estudio exploratorio descriptivo del Bienestar Psicológico de las personas Adultas Mayores, laboralmente inactivos, que asisten y participan en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la comuna de Valparaíso, instancia de participación que facilita al Adulto Mayor asumir nuevamente un rol más activo en la sociedad.

Finalmente, para efecto de esta investigación el problema queda definido de la siguiente manera :¿Cómo es el Bienestar Psicológico de una muestra de Adultos Mayores jubilados que asisten y participan en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la comuna de Valparaíso?.

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. Objetivo General

- Estudiar y analizar el bienestar psicológico que presenta una muestra de Adultos Mayores jubilados que asisten y participan en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la comuna de Valparaíso.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir la Salud Mental, Autoestima, Depresión, y Satisfacción Actual, de la muestra de Adultos Mayores.
- Describir la Salud Mental, Autoestima, Depresión y Satisfacción Actual del Adulto Mayor, de acuerdo al Sexo, Estado Civil y Con Quién Vive.
- Describir las diferencias de la Salud Mental, Autoestima, Depresión y Satisfacción Actual de los Adultos Mayores, de acuerdo al Sexo, Estado Civil y Con Quién Vive.

1.4. POBLACIÓN EN ESTUDIO

Esta investigación se realiza en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso. Institución pública en dependencia técnica y administrativa del Departamento de Asuntos de la Familia, que pertenece a su vez a la Dirección de Desarrollo de las Personas de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

La Oficina Comunal del Adulto Mayor es una instancia de participación para las personas de tercera edad, la cual ha implementado diferentes líneas de intervención, una de ellas es el Área Socioeducativa. Dentro de esta área se desarrollan talleres de capacitación y promoción, con el objetivo de favorecer el desarrollo personal y grupal de los adultos mayores de la comuna de Valparaíso.

De los adultos mayores que asisten y participan de los talleres de la Oficina Comunal se seleccionó la muestra para este estudio, hombres y mujeres que se encontraran actualmente económicamente inactivos (jubilados).

1.5. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Relevancia Teórica : Se relaciona principalmente con la necesidad de conocimiento empírico y teórico acerca de la Salud Mental de los Adultos Mayores desde una perspectiva psicosocial (Bienestar Psicológico), considerando la inexistencia de estudios respecto al abordaje de este tema en personas de tercera edad.

Relevancia Metodológica : Se vincula principalmente con la aplicación de un modelo de Salud Mental con variables psicosociales a una muestra de Adultos Mayores, utilizando instrumentos que no habían sido administrados en este grupo etáreo.

Relevancia Práctica : Se relaciona principalmente con la obtención de información del estado de Salud Mental del Adulto Mayor jubilado, que ocupa su tiempo libre participando en forma activa en una institución, que implementa actividades orientadas a personas de tercera edad.

El resultado de este estudio también constituirá un aporte a posibles líneas de intervención, elaboración y evaluación de programas, considerando la Salud Mental del Adulto Mayor desde una visión más integral.

CAPITULO II

ANTECEDENTES GENERALES

2.1- LA POLÍTICA NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR.

2.1.1. Antecedentes de la Política Nacional del Adulto Mayor

En Enero de 1995 el Presidente de la República, don Eduardo Frei Ruiz-Tagle creó la Comisión Nacional del Adulto Mayor, la cual con carácter pluralista, estuvo constuída por treinta y ocho personalidades del mundo académico y político, de profesionales de los Servicios Públicos y de la Sociedad Civil.

El objetivo central encomendado a esta Comisión fue, elaborar una Política en favor del Adulto Mayor y proponer acciones específicas en beneficio de las personas de tercera edad.

El 1 de Octubre de 1995, Día Internacional del Adulto Mayor la Comisión puso término a su trabajo, entregando al Presidente de la República un extenso Informe sobre el Adulto Mayor, el cual contenía un diagnóstico, una proposición de Política y una propuesta de un conjunto de acciones y programas.

Desde Octubre a Marzo de 1995, por encargo del Presidente de la República, el Ministerio Secretaría General de la Presidencia estudió el Informe y elaboró una propuesta de Política para el Adulto Mayor, siendo sometida el 12 de Marzo de 1996 a la aprobación del Ejecutivo a través de un Comité de Ministros del Área Social de Gobierno.

A continuación se entrega la Política aprobada por el Gobierno en favor de los Adultos Mayores.

2.1.2. Principios de la Política Nacional del Adulto Mayor

La política nacional plantea como necesidad asumir la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación no sólo de Gobierno, sino que de toda la sociedad y en especial de la familia. Además establece un marco de referencia y entrega sustento a las distintas acciones que se programan y realizan en beneficio de este grupo etáreo.

Los principios que inspiran la Política son valores y criterios que dan fundamento y significado trascendente a las acciones en favor del adulto mayor, estos son los siguientes:

a) Equidad. La sociedad chilena presenta desigualdad en las posibilidades de acceso a bienes y servicios. Los adultos mayores de los estratos socioeconómicos más altos tienen una mejor calidad de vida que los que viven en situación de pobreza. En este contexto la sociedad y el Estado, deben conciliar el crecimiento económico con una distribución equitativa de los recursos, especialmente entre los adultos mayores.

b) Solidaridad Intergeneracional. Lo que hoy es la sociedad en cuanto a desarrollo social, económico, cultural y político, es en definitiva fruto del trabajo que dejan los Adultos Mayores a las generaciones posteriores. En este sentido las generaciones más jóvenes tienen una deuda con ellos, y que no es otra que hacerles justicia, dándoles lo que necesitan y merecen para una vida digna, de acuerdo a su propio protagonismo y posibilidades.

Lo anterior implica una actitud de respeto, apoyo, estímulo y comprensión en un contexto de solidaridad, donde los Adultos Mayores también sean solidarios con las generaciones más jóvenes.

La solidaridad tiene su base en el conocimiento y en el amor hacia el otro, y es la familia la primera instancia donde se materializa la solidaridad entre sus miembros: padres,

hijos, abuelos y nietos. En la medida en que se fortalezca la solidaridad intergeneracional al interior de la familia, es posible visualizar un trato más digno al Adulto Mayor en el resto de la sociedad.

c) Autovalencia y envejecimiento activo. Se considera de vital importancia tener un envejecimiento activo y la capacidad de valerse por sí mismos. Esto implica necesariamente planificar con los adultos mayores todas aquellas acciones que irán en su propio beneficio. Reconocer esta autonomía es también reconocer su capacidad para organizarse y crear instancias que representen sus inquietudes e intereses.

d) Prevención. La prevención debería ser un enfoque prioritario en el área social, psicológica, económica y en materia de salud.

En el ámbito social y psicológico la prevención tiene un énfasis educativo. La población a través de la familia, el sistema escolar y los medios de comunicación social, debe recibir educación sobre el proceso de envejecimiento y la forma de relacionarse con los Adultos Mayores. Además los actuales Adultos Mayores deben recibir asistencia e información para su autocuidado.

El enfoque preventivo debe considerar al Adulto Mayor en su contexto sociocultural y económico. Esto implica valorar de un modo sustantivo las redes de apoyo que deben estar al servicio del Adulto Mayor.

En materia económica el principio de prevención tiene especial importancia cuando se hace referencia a la Previsión Social. Una parte importante de la población económicamente activa, no realiza cotizaciones previsionales y la permanencia de las personas en esta situación por períodos prolongados, influye notablemente en sus posibilidades de acceso a una jubilación o pensión adecuada en sus años de vejez.

e) Flexibilidad en el diseño de las Políticas. La flexibilidad implica considerar las diversas condiciones en las que vive un Adulto Mayor; la situación del Adulto que vive solo o con su pareja, es distinta a la de otro que vive junto a familiares ; la variable urbana-rural también influye de un modo particular en el Adulto Mayor, así como el estado de vulnerabilidad, necesidad de mayor atención y cuidado. Esta diversidad de situaciones que puede vivir y afectar al Adulto Mayor, exige flexibilidad en las políticas, especialmente en su concreción u operación.

f) Descentralización. La descentralización que debe inspirar las políticas sociales es un factor a considerar en forma permanente para hacer efectivas las acciones. Las políticas adoptadas por el Gobierno Central se concretizan a través del Gobierno Local, esto implica atender al Adulto Mayor en su propia realidad y coordinación con los distintos sectores que trabajan con ellos a nivel comunal.

g) Subsidiariedad del Estado y su rol regulador : Los Adultos Mayores requieren de un conjunto de bienes y servicios para satisfacer sus necesidades, la subsidiariedad y el rol regulador del Estado en la materia, deben ser entendidos en tres ámbitos : a) Ayudar económicamente a los Adultos Mayores, incentivar la asociatividad, fomentar la creación de espacios sociales y culturales, que permitan el desarrollo de las iniciativas de este grupo para mejorar su calidad de vida. b) Regular el funcionamiento de los servicios ofrecidos o prestados a este sector. c) Fomentar la responsabilidad de la familia, la comunidad y de los propios Adultos Mayores, para la mantención de un buen nivel de vida evitando una dependencia de las acciones del Estado.

2.1.3. Objetivos de la Política del Adulto Mayor

2.1.3.1. Objetivo General

La Política Nacional para el Adulto Mayor plantea como objetivo general : “ lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores”.

Para alcanzar este objetivo se necesita que la sociedad chilena aprenda a percibir y valorar el patrimonio moral, espiritual, experiencial y cultural de los Adultos Mayores, es decir, lograr un cambio en la percepción y valoración del envejecimiento actualmente visto como una etapa de inactividad, enfermedades, decrepitud y de pasividad. Cambiar la percepción sobre los Adultos Mayores en los niños, jóvenes y adultos, significa conocer sus derechos y tratarlos con dignidad ; este cambio debe partir en el núcleo de la familia chilena.

2.1.3.2. Objetivos Específicos

A partir del objetivo general surgen objetivos con un mayor nivel de especificidad :

a) Fomentar la participación social del Adulto Mayor, en todos los ámbitos o sectores de la sociedad (cultural, política, económica y espiritual).

b) Incentivar la formación de recursos humanos en las áreas de geriatría y gerontología. Existe un déficit notable de profesionales y técnicos especializados en la temáticas del Adulto Mayor, la carencia de este recurso humano calificado impide avanzar en investigaciones y estudios de la problemática del Adulto Mayor y del proceso de envejecimiento.

La formación de recursos humanos debe considerar diversos niveles, formación de profesionales en las áreas de geriatría y gerontología, capacitación de personas y nivel de especialización de profesionales que trabajan con Adultos Mayores.

c) Mejorar el potencial de salud de las Personas Mayores. El estado de salud en la vejez es el resultado de un proceso que dura toda la vida, y en este sentido es importante mantener y mejorar la autovalencia en los Adultos Mayores.

d) Crear acciones, planes preventivos y educativos. El enfoque preventivo tiene un marcado énfasis educativo. En este contexto informar a la población sobre el proceso de envejecimiento que afecta a todas las personas, y enfatizar que la forma de vida y el estado de salud en la tercera edad, dependerá de hábitos adquiridos en etapas anteriores.

Las acciones preventivas deben incluir información del sistema de previsión social, debido a la importancia en la obtención de un adecuado nivel de ingresos, una vez finalizada la actividad laboral.

e) Focalizar los subsidios estatales en los sectores más pobres de Adulto Mayor. Esta orientación resulta un imperativo de justicia y solidaridad. El Adulto Mayor se constituye como uno de los cuatro segmentos de la población definidos, como prioritarios en los planes de superación de la pobreza. En esta perspectiva las acciones de los servicios públicos deben superar, el asistencialismo y procurar acciones más integradas para lograr un mayor desarrollo personal y social del Adulto Mayor. En materia previsional se debe priorizar el mejoramiento de las pensiones que significa aumentar pensiones mínimas y ampliar la cobertura de las pensiones de asistencialidad por vejez.

f) Fortalecimiento de la responsabilidad intergeneracional en la familia y en la comunidad. La familia es la primera instancia social en que el ser humano encuentra afecto,

seguridad, reconocimiento y amor; en ella la persona satisface necesidades básicas esenciales para su adecuado desarrollo. Lo normal es que las personas de tercera edad encuentren en sus hijos, hermanos y nietos, un sólido apoyo material, afectivo y espiritual. Para ello las familias deben recibir un apoyo por parte de los servicios públicos que posibiliten una mejor atención y desarrollo de los Adultos Mayores.

g) Fomento del uso del tiempo libre y la recreación. Incentivar el uso del tiempo libre del Adulto Mayor en actividades que favorezcan el desarrollo personal, salud mental y física. En este sentido incorporar actividades de recreación como turismo, expresión artística, gimnasia y deporte. Al respecto es importante socializar la idea que la recreación y el cuidado físico son acciones que contribuyen a mantener la salud física y mental, siendo además un derecho de todo ser humano.

2.1.3.3. Objetivos Instrumentales

Para cumplir con el macro objetivo de cambiar la visión y mejorar la calidad de vida del Adulto mayor en la sociedad chilena, requiere de condiciones generales como son los objetivos instrumentales de la Política Nacional.

a) Institucionalizar la temática del Adulto Mayor en el aparato estatal. Es de gran importancia la institucionalización del tema del Adulto Mayor en el servicio público, porque debe existir una entidad que coordine, oriente y lleve a cabo seguimientos de las políticas de gobierno y de acciones que ejecuten los servicios públicos, que actualmente se realizan en forma dispersa. El organismo que asuma esta tarea deberá coordinar y fomentar la sensibilización del sector privado y de las organizaciones sociales de la comunidad civil al respecto. Sin esta institucionalidad es prácticamente imposible lograr que el país cambie su

mirada hacia el Adulto Mayor.

b) Fomentar la asociatividad del Adulto Mayor. Un segundo objetivo instrumental consiste en fomentar la asociatividad de los Adulto Mayor a nivel comunal, regional y nacional, y/o a través de organizaciones funcionales no territoriales.

En las organizaciones de Adultos Mayores podrán encontrar espacios para el desarrollo personal y satisfacer necesidades psicosociales. Además al participar en organizaciones podrán ser interlocutores válidos ante las autoridades locales, regionales y nacionales para tratar los problemas que los afectan y para ofrecer sus aportes a la comunidad.

c) Territorialización y localización: privilegiar el ámbito local en la ejecución de las políticas sobre el Adulto Mayor. Para lograr eficiencia y resultados positivos en el desarrollo de las políticas sociales referidas al Adulto Mayor, es una condición necesaria reconocer el ámbito local como el lugar de concreción y ejecución de las acciones. El municipio como gobierno local de la comuna, es la instancia que deberá materializar parte importante de las políticas en favor del Adulto Mayor, lo que implica una especial atención en la capacitación del gobierno comunal para asumir esta tarea.

d) Perfeccionar las normativas de seguridad social. En este objetivo se propone mejorar las condiciones de seguridad social de los Adultos Mayores, a través de dos acciones: a) Buscar soluciones a aquellos problemas derivados del antiguo sistema previsional que afectan a un número importante de Adultos Mayores. b) Incentivar la suscripción de convenios u otros mecanismos, para obtener ahorro en bienes y servicios que contribuyan a mejorar u optimizar los ingresos de los Adultos Mayores.

e) Mejoría en los sistemas de atención a los pensionados. Este objetivo plantea la

necesidad de simplificar los sistemas de atención a pensionados, facilitando el acceso a los servicios.

2.2. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

A continuación se presentará el perfil del Adulto Mayor a través de diversos indicadores a nivel nacional, regional y comunal.

2.2.1. Información Demográfica

De acuerdo a la Información de la Comisión Nacional para el Adulto Mayor 1995, según datos del Censo 1992, en Chile ese año había 1.305.557 adultos mayores, de los cuales el 81.8% corresponde a sector urbano y el 18.2% al sector rural. En relación a la población total los adultos mayores representan el 9.8%. Existe una tendencia nacional de tener una proporción creciente de adultos mayores, que se explicaría por una suma de factores entre los cuales se destaca la más alta esperanza de vida, que hacia los años '90 se calculaba en 75 años para las mujeres y 68 para los hombres.

La Vª Región se encuentra ocupando el 2º lugar de las regiones con más alta proporción de adultos mayores del país, después de la Región Metropolitana, constituyendo el 12.44% de la población nacional de adultos mayores.

La Vª Región tiene un total de 1.384.336 habitantes (10.37% del total nacional), de los cuales 162.445 son personas mayores de 60 años (equivalente al 11.7% de la población regional). De este total, el 11.86% se localiza en el sector urbano y el 9.5% en el sector rural, siendo una de las cinco regiones del país en donde no se sigue la tendencia nacional, en el sentido que la población rural presenta una estructura

más envejecida que la urbana.

En la Comuna de Valparaíso la proporción general de población urbano-rural, es de 83.5% en sector urbano y 16.5% en sector rural. Sin embargo, en relación a la tercera edad, el área de residencia corresponde mayoritariamente a población urbana, encontrándose solo un 0.3% en sector rural, según informe realizado por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

De un total de 276.737 habitantes, un 12,6 % corresponde a población mayor de 60 años, equivalente a 35.670 personas según Censo 1992.

La distribución de la población por tramo de edad en relación al total de la población comunal, es la siguiente :

	1989	1992
0 a 14 Años	28.1 %	28.2 %
15 a 64 Años	65.7 %	60.1 %
65 y Más Años	6.2 %	11.7 %

(Fuentes: INE 1989, Proyecciones y Estimaciones de la Población por Edad y Sexo. Comunas 1990 -1995 Central, y Censo 1992)

Dentro del tramo de edad a partir de los 60 años, los adultos mayores de la comuna se distribuyen de la siguiente manera :

Grupo de Edad	Número	Porcentaje
60 - 64 Años	11.661	32.70
65 - 69 Años	8.341	23.38
70 - 74 Años	6.461	18.11
75 y Más Años	9.207	25.81
Total	35.670	100.00

(Fuente : Censo 1992)

Los adultos mayores de 65 años son 24.933 representando un 8.5% de la población

total de la comuna (292.351).

Según los antecedentes proporcionados por las Proyecciones INE-MINSAL. Censo 1992 señalan que en la comuna de Valparaíso el 37.52% son hombres y 62.48% son mujeres

2.2.2. Realidad Socioeconómica

a) Participación en la Actividad Económica

Uno de los eventos más significativos de la tercera edad es el retiro de la vida laboral, lo cual se convierte en un símbolo de disminución de ingresos, aislamiento progresivo, ausencia de un rol definido, y pérdida de relaciones sociales y laborales.

En la Vª Región, de un total de 45.745 adultos mayores de 65 años varones se encuentran 7.738 activos, de los cuales 7.223 se encuentran trabajando y 38.007 inactivos. Por otro lado, de un total de 63.408 mujeres, 2.487 se encuentran activas, de las cuales 2.392 se encuentran empleadas y 60.921 inactivas (La Región en Cifras, Intendencia Regional, Estadísticas pág, 26 y 27).

Comparando los datos con la CASEN '90 se ve que en las edades avanzadas (65 - 69 años) la tasa de actividades disminuye para hombres y mujeres en proporciones importantes, en los hombres baja de un 33.4% a 18%, mientras que en las mujeres desciende de 6,4% a un 4,08%. Se indicaría además para este tramo de edad una salida más temprana de la actividad económica que lo que ocurría en la década anterior (Flacso, pág.33).

De acuerdo a la Encuesta CASEN 90, la tasa de desocupación del total de la población en la Región es de 10.2%, la más alta del país. Dentro de la Región, la comuna de Valparaíso alcanza el 12%, siendo proporcionalmente la comuna con tasa de desocupación más alta de la Vª Región.

En La comuna de Valparaíso, el 66.44 % de la población masculina mayor de 15 años es económicamente activa (ocupados, desocupados y los que buscan trabajo por primera vez), mientras que solo un 23.8% de la población femenina mayor de 15 años se encuentra en esta situación (INE ; Censo 1992).

La situación específica de los adultos mayores de 65 años es la siguiente :

Actividad	Cantidad	Porcentaje
Tiene trabajo remunerado	4.105	11.5%
Pensionados, Jubilados	17.801	49.9%
Quehaceres del hogar	10.537	29.5%
Sin trabajo, trabajo sin pago, buscando trabajo, estudiando, incapacidad permanente, otros.	3.227	9.2%
Total	35.670	100

(Fuente INE ; Censo, 1992).

b) Ingreso y Pobreza

A nivel nacional, de acuerdo a la encuesta Casen '92, existe un universo de 17.8% de adultos mayores pobres, subdividido en 3.96% de indigentes y 13.84% de no indigentes.

Si este análisis se lleva a nivel regional podemos observar lo siguiente para los adultos mayores de 60 años de la Vª Región :

	Indigentes, Número, %	Pobres no indigentes, Número, %	No pobres, Número, %	Total, Número, %
+ 60 años	6.758 (4.82)	20.790 (14.83)	112.644 (80.35)	140.192 (100)

(Fuente : Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor 1995 ; CASEN 1992).

En comparación al total nacional, la Vª se encuentra entre aquellas con un mayor porcentaje de población adulta mayor pobre (incluyendo a los indigentes). Este dato se

corresponde con el hecho de que es, una de las regiones que tienen una proporción de pobres superior a la nacional. De 1.396.504 personas, 481.172 son pobres y representan un 34.5% del total de población regional (Situación de la Pobreza en Chile 1987-1992, Mideplan).

Tomando como referencia un informe de la Intendencia Regional de Valparaíso, el cuadro que resume las condiciones de vida de los adultos mayores en la comuna de Valparaíso es el siguiente :

Categoría	Total Bruto	50 - 64	65 y Más
Pobres Críticos	13.350	5.39	3.24
Pobres Recientes	25.551	10.49	6.88
Pobres Iniciales	39.472	8.81	4.52
No pobres	204.467	13.84	9.82

En el cuadro es posible observar que el indicador que el más determinante en la pobreza, del grupo de personas mayores de 60 años de la comuna es el ingreso (6.88% pobres recientes).

En términos territoriales la pobreza dentro de la comuna de Valparaíso se encuentra bastante dispersa ; por tal motivo fue en 1995 considerada en el Plan de Superación de la Pobreza.

De acuerdo a la información entregada por la Secretaría Comunal de Planificación y Coordinación de Valparaíso (Secplac), existen importantes sectores de pobreza en las poblaciones ubicados sobre la Avenida Alemania (Camino Cintura que recorre varios cerros de Valparaíso). En esta situación se contabiliza un total de 31 unidades vecinales. En estas Unidades Vecinales se localizan “bolsones de pobreza” destacándose por la precariedad de

la vivienda y la falta de acceso a servicios básicos, hechos que están relacionados con la historia de poblamiento de la comuna.

c) Situación Educativa

El 84% de la población adulta mayor en Chile sabe leer y escribir. El nivel de escolaridad va descendiendo a medida que aumenta la edad.

A nivel regional el analfabetismo de la población mayor de 15 años, en el área urbana es de 2.8%, porcentaje inferior al promedio Nacional de 3.3%. En el sector rural es de un 9.1% , también inferior al porcentaje Nacional de 13.7% .

En la comuna de Valparaíso el porcentaje de adultos mayores analfabetos es de un 4.9%.

Se aprecia además, una directa correspondencia entre las variables “escolaridad”, “calidad de empleo” y “nivel de ingreso”, las cuales de manera interdependientes repercuten en la situación de pobreza de las personas y, particularmente en los adultos mayores.

d) Situación Habitacional

Aún cuando la Vª Región en su conjunto se encuentra entre las regiones con mayor porcentaje de casas buenas o aceptables, en la comuna de Valparaíso el grado de habitabilidad a nivel de sectores o barrios de mayor pobreza presenta graves problemas.

El emplazamiento en cerros y quebradas colocan a muchas de estas viviendas en situación de riesgo de derrumbe. Muchas son construcciones de material ligero, inadecuadas especialmente para periodos invernales. A estos se agregan sectores de difícil acceso, lejos de los servicios públicos que en muchos casos no tienen el equipamiento comunitario básico.

Por otra parte, en la zona del Plan de la ciudad se constata la existencia de construcciones de ladrillo y adobes de bastante antigüedad, presentando muchas de ellas daños y deterioros de carácter estructural. En general estas viviendas albergan a familias numerosas y de bajos ingresos.

En la actualidad funciona a cargo del SERVIU Vª Región el programa de vivienda para adultos mayores, por medio del cual se destina a personas mayores de 65 años el 2% de la construcción anual de viviendas básicas. Aún cuando esta es una iniciativa de atención preferencial para las personas mayores, la demanda no alcanza a ser cubierta por el programa.

e) Conformación del Hogar

Cerca del 92% de los adultos mayores del país viven en hogares compuestos por dos o más personas. Esto quiere decir que los adultos mayores que viven solos alcanzan al 8,2%. Comparativamente existen más mujeres que viven solas que hombres (6.6% y 9.7% respectivamente).

Esto no significa que todos los que viven acompañados están con sus parejas, ya que en esta situación se encuentra solo un 57.1%. Las mujeres viudas a nivel nacional superan el 41% de la población mayor de 60 años de sexo femenino. Esto se explica por la esperanza de vida que es más alta las mujeres que para los hombres.

En la comuna de Valparaíso el 77.5% de los adultos mayores son jefes de hogar, siendo la mayoría de estos hombres. Debe señalarse de cualquier modo que la tendencia regional es que la proporción de hombre jefe de hogar va disminuyendo con la edad, mientras que con la mujer ocurre lo inverso, lo que es corresponde con la mayor sobrevivencia de

que tiene actualmente la mujer.

En los casos en que la jefatura de hogar no sea ejercida por los adultos mayores, esta recae sobre familiares tales como hijos yernos, hermanos, etc.

f) Situación Legal

En el aspecto legal los adultos mayores pobres deben acudir al servicio ofrecido por la Corporación de Asistencia Judicial, que posee cuatro consultorios en la comuna de Valparaíso (Plaza Justicia, Puertas Negras, Rocuant, Rodelillo. En esta institución no existe un programa específico ni atención preferencial para las personas de tercera edad.

Las consultas más habituales se relacionan con : posesiones efectivas, problemas de vivienda, arrendamientos y pensiones. Al respecto, no existe un registro estadístico del nivel de accesibilidad de los adultos mayores a la asistencia legal.

g) Situación de Salud

A nivel nacional no existe un servicio de cuidado y atención de salud específico para el Adulto Mayor. En el sistema público se le brinda atención a través del programa de salud del adulto y senescente, pero aún no se han implementado acciones programáticas específicas para este grupo.

En la comuna de Valparaíso la red de establecimientos de atención primaria que atiende a la población adulta mayor, está compuesta por trece consultorios de atención primaria, de los cuales dos pertenecen al servicio de salud Valparaíso - San Antonio y diez consultorios más una posta (Laguna Verde), dependen de la Corporación Municipal para el Desarrollo Social.

Por las características de la morbilidad propia de la tercera edad, el subprograma de control de pacientes crónicos atiende parte importante de los adultos mayores, que se acercan a los consultorios de atención primaria, donde en la actualidad existen varias iniciativas por parte de los equipos de salud para agruparlos y realizar actividades educativas periódicas de autocuidado. Sin embargo, la pesquisa de estos pacientes es muy baja debido a los problemas de acceso a la atención, y por ello el impacto de estas actividades educativas es limitado.

El nivel secundario de atención se realiza en un Consultorio de Especialidades del Adulto, el cual recibe pacientes derivados de la red de consultorios de atención primaria de la comuna, pudiendo ser derivados al Hospital Van Buren que entrega atención de salud a nivel terciario.

El Hospital Geriátrico Paz de la Tarde ubicado en Limache, es el único recinto geriátrico de la región, tiene una capacidad limitada y recibe demanda de hospitalización de pacientes crónicos que requieren estadías medias y prolongadas.

El Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio en el Plan de Salud para el período 1995 -1999, propone algunas estrategias dentro del Programa del Adulto para abordar problemas relacionados con el Adulto Mayor , tales como : ampliar la cobertura de pacientes hipertensos pesquisar precozmente pacientes con retinopatía diabética o hipertensiva, catarata y fomentar estilos de vida saludables.

En el ámbito de la Salud Mental, en la comuna de Valparaíso no existe un programa orientado a abordar las necesidades psicológicas específicas de esta etapa.

El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), institución que entrega atención psicológica no contempla un plan específico para mujeres de la tercera edad.

Los cuadros de deterioro severo en la Salud Mental asociados a la tercera edad, requieren de un tratamiento especializado. Al respecto, la población general no se encuentra informada ni preparada para detectar presencia de síntomas patológicos, por ello la atención psicológica y psiquiátrica no se realiza en forma oportuna.

2.3. OFICINA COMUNAL DEL ADULTO MAYOR

2.3.1. Antecedentes de la Oficina Comunal del Adulto Mayor

La Ilustre Municipalidad de Valparaíso, preocupada por la realidad del Adulto Mayor de la Comuna de Valparaíso, convocó en 1994 a diversas instituciones que abordaban directamente la problemática de la tercera edad, para constituir el Consejo Comunal de Adulto Mayor como apoyo a la gestión municipal en torno a la temática.

Entre las primeras actividades masivas organizada por la I. Municipalidad de Valparaíso orientadas a los adultos mayores, se destaca el Primer Congreso del Adulto Mayor, donde participaron alrededor de 200 adultos mayores de distintas organizaciones comunales.

A raíz del encuentro las autoridades confirman la necesidad de implementar un espacio orientado especialmente a los Adultos mayores, y es así como en Agosto de 1995 se inaugura oficialmente la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso.

Cabe consignar que esta Oficina debe su origen a diferentes líneas de acción y programas de intervención de la Oficina Comunal de la Mujer, institución creada en 1990 y que ha trabajado arduamente en el terreno de la familia, donde inevitablemente se han presentado desafíos referentes a la temática de la adultez mayor.

La Oficina Comunal del Adulto Mayor emerge a partir de iniciativas, tanto Nacionales como Locales, que procuran mejorar las condiciones de vida de las personas de Tercera Edad. Sus bases se encuentran en los principios orientadores de la Política Nacional : equidad, solidaridad intergeneracional, autovalencia, envejecimiento activo y prevención ; estos fueron presentados en detalle en el punto 2.1.2.

2.3.2. Modalidad de Operación, Beneficiarios y Cobertura

La Oficina Comunal del Adulto Mayor tiene dos modalidades de trabajo, una individual y otra colectiva.

En el **Ámbito de Trabajo Individual**, realiza atenciones directas, orientaciones, derivaciones, así como también actividades de promoción y desarrollo. En el **Ámbito de Trabajo Colectivo** la Oficina promueve la asociatividad de los mayores y el fortalecimiento de sus organizaciones. En la comuna de Valparaíso existen alrededor de 80 Clubes de Adultos Mayores.

Los beneficiarios deben ser personas mayores de 60 años, residentes de uno de los 7 sectores en que se divide el Gran Valparaíso.

En la actualidad la Oficina atiende anualmente en forma directa a 1.000 adultos mayores, quienes participan sistemáticamente de los diversos programas y actividades. Además mantiene vínculos de asistencia técnica y brinda apoyo mediante programas especiales a 50 Organizaciones de Adultos Mayores, equivalente a 1.500 beneficiarios.

Sin embargo, cabe consignar aquellos adultos mayores que participan de programas de carácter masivo (Jornadas Comunitarias, Exposiciones, Seminarios, etc) que abarca a una población de 6.500 participantes.

2.3.3. Objetivos Generales

La Oficina del Adulto Mayor es una instancia creada por el Alcalde de Valparaíso, Don Hernán Pinto, y tiene por objetivos :

- a) Contribuir al abordaje de la temática de la Adulthood Mayor en la Comuna, propiciando cambios individuales y colectivos, a través de una percepción integral del proceso de envejecimiento.
- b) Implementar planes y programas a nivel comunal orientados a mejorar la calidad de vida de las personas de la Tercera Edad.
- c) Favorecer la autopercepción positiva de los adultos mayores mediante la participación de ellos en organizaciones e instancias de carácter comunitario.
- d) Promover la solidaridad y responsabilidad intergeneracional en la familia y la comunidad en relación a los adultos mayores.

2.3.4. Objetivos Específicos

- a) Realizar acciones de difusión y sensibilización sobre la temática de la Tercera Edad en la Comuna.
- b) Promover la coordinación multisectorial para la implementación de redes de apoyo comunal y local.
- c) Favorecer la integración y participación social de los adultos mayores.
- d) Promover la asociatividad de los adultos mayores mediante la creación y fortalecimiento de las organizaciones de base.
- e) Promover el desarrollo personal de los adultos mayores, mediante la creación de espacios socio-educativos y recreativos.

- f) Facilitar el acceso de los adultos mayores a los servicios y beneficios sociales tanto públicos como privados, existentes en la comuna.

2.3.5. Áreas de Intervención

La Oficina del Adulto Mayor ha diseñado un estrategia de intervención basada fundamentalmente en dos elementos orientadores :Promoción, Organización y Participación.

La **Promoción** es entendida como acción educativa intencionada orientada a mejorar las condiciones de vida de este grupo etáreo, favoreciendo la autoidentificación, el desarrollo de sus potencialidades y capacidades, a fin de avanzar en la superación de problemas y en la búsqueda de soluciones.

La **Organización y Participación**, tiene como objetivo promover un rol social y la participación activa de los adultos mayores, de tal manera que en forma organizada realicen acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida.

Las modalidades de trabajo y los planteamientos se concretizan a través de distintas áreas de intervención :

2.3.5.1 Área Socio-educativa, esta área tiene como objetivo favorecer la creación de espacios de desarrollo personal y grupal para el adulto mayor, a través de tres líneas de trabajo.

- a) Capacitación y Promoción. En esta línea de acción se realizan talleres de: Desarrollo Personal, Capacitación Manual, Artísticos-Recreativos, Salud-Autocuidado y Mantenimiento Física.

Se implementa además un Programa de Libre Elección (Rincones de Intereses), relacionadas con : Arte, Manualidades, Lectura y Juegos.

En la actualidad se encuentran funcionando 30 talleres, y en cada uno participan alrededor de 20 personas, este número se duplica en los talleres de mantención física.

b) Espacio Artístico del Adulto Mayor. Programa implementado para cada domingo, con una asistencia promedio semanal de 120 adultos mayores. Actividad que se encuentra actualmente suspendida.

c) Eventos Masivos. Estas actividades se focaliza en : 1) *Promoción-Capacitación*, a través de Seminarios, Escuelas de Verano e Invierno, Escuela de Dirigentes etc. 2) *Recreación-Deporte*, realizando Caminatas, Paseos, Celebraciones Especiales, etc. 3) *Difusión-Sensibilización* , en esta línea se llevan a cabo Ferias, Muestras y Exposiciones de los trabajos creados por los propios adultos mayores que participan en la Oficina del Adulto Mayor.

2.3.5.2. Área de Integración Social . Esta área se realizan acciones que promuevan instancias de acercamiento intergeneracional, a fin de sensibilizar a la comunidad en relación al rol protagónico del adulto mayor.

2.3.5.3. Área de Atención Social Individual . El trabajo en esta área tiene por objeto favorecer el acceso de los adultos mayores, a los servicios y beneficios sociales brindados por los organismos públicos y privados. Las líneas de acción son las siguientes : Información de Prestaciones y Beneficios Sociales, Apoyo Psico-social, Orientaciones y Derivaciones.

2.3.5.4. Área de Intervención Social Comunitaria. Con el fin de fortalecer las organizaciones de adultos mayores, se brinda asistencia técnica para la transferencia de capacidades y habilidades en el Ejercicio del Liderazgo, Desarrollo Organizacional. Dentro de esta área de intervención se desarrollan las siguientes actividades, proyectos y programas :

a) Jornadas Comunitarias : Esta actividad es producto de una acción coordinada con diversos organismos públicos y privados, cuyo objetivo es facilitar el acceso de los adultos mayores a diversos servicios e informar acerca de los programas existentes para las personas de tercera edad.

Esta actividad es coordinada y organizada por la Oficina Comunal del Adulto Mayor y participan : Municipalidad de Valparaíso Depto. Desarrollo Social, I.N.P, Corporación de Asistencia Judicial, Fondo Nacional de Salud, Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, Digeder y Fosis.

b) Proyecto “Actividades Físicas y Recreativas para Adultos Mayores” : Este proyecto es financiado por Digeder participando como ejecutor el Municipio de Valparaíso, siendo los beneficiarios 11 grupos de Adultos Mayores. El objetivo del proyecto es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores a través de actividades físicas y recreativas.

c) Programa de Formación de Monitores Sociales : Este programa tiene como objetivo capacitar a Monitores Sociales pertenecientes a la Oficina Comunal del Adulto Mayor, en torno al trabajo comunitario con grupos organizados de personas de la tercera edad, a través de elementos teóricos prácticos, que favorezcan en un mediano y

largo plazo la autonomía y la participación social de las organizaciones sociales.

Otro objetivo se relaciona con el fortalecimiento de las organizaciones de adultos mayores, mediante la aplicación de programas que promuevan la autogestión grupal.

d) **Programa “Más Vida para tus Años”** : El fondo de Solidaridad Inversión Social FOSIS inició en 1996 un Programa Piloto destinado a los Adultos mayores pobres residentes en territorios urbanos. Se plantea como objetivo contribuir de un modo efectivo al mejoramiento de la calidad de vida, de este importante sector de nuestra sociedad.

Algunas características destacables del programa son : 1) Realización en conjunto con los Municipios. 2) Coordinación de acciones con los organismos públicos que realizan actividades orientadas al adulto mayor. 3) Convocatoria, en calidad de ejecutores, a organismos privados que tengan experiencia en el tema. 4) Desarrollo de dos subprogramas :Prestación de Servicios al Adulto Mayor y Fondo para Concurso de Proyectos.

Este es un Programa Piloto, tiene tres años de duración y probará en la práctica, un sistema descentralizado de otorgamiento de servicios.

d.1) Subprograma“Prestación de Servicios al Adulto Mayor”

Las iniciativas que se implementen tener como objetivo :

- Facilitar el acceso a prestaciones, beneficios y servicios que actualmente otorgan organismos públicos y privados. Deben considerar también la entrega de información y la tramitación de asuntos previsionales y legales.
- Implementar nuevos servicios orientados a superar situaciones de aislamiento y abandono

y realizar actividades que no estén actualmente consideradas o lo estén de manera insuficiente, en áreas tales como : educación, recreación, socialización e integración familiar y con otros grupos etáreos, u otras actividades orientadas a solucionar problemas de la vida cotidiana.

Las propuestas que se presenten a las licitaciones deben considerar, al menos servicios en :

- Información y derivación a programas en ejecución por parte de agencias públicas, municipios y organismos privados.
- Detección preventiva en salud y coordinación con centros de atención primaria.
- Alimentación : Preferentemente orientada a Adultos Mayores con problemas de nutrición, servicio que debe entregarse conjuntamente con talleres de educación para la alimentación, formación de monitores en salud, acondicionamiento físico, recreación y otros.

Estos servicios deben solucionar problemas tales como : esperas en la atención y dificultades de traslado. Al mismo tiempo deben tomar en cuenta las acciones necesarias para acercarse a los potenciales beneficiarios, superando situaciones de aislamiento y abandono.

d.2) Subprograma “Fondo para Concursos de Proyectos”

Algunas de las experiencias de mayor impactos positivos en la calidad de vida de los adultos mayores corresponden a los programas orientados a que, sean ellos mismos quienes decidan qué actividades van a desarrollar, es decir, se trata de iniciativas autogestionadas.

Este subprograma se orienta a financiar el desarrollo y ejecución de iniciativas - autogestionadas- propuestas por distintos tipos de organizaciones formadas por Adultos

Mayores.

Los proyectos deben considerar uno más de los siguientes objetivos :

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en situación de pobreza.
- Contribuir a fortalecer la organización de los adultos mayores en situación de pobreza.
- Favorecer la autoestima de los adultos mayores participantes.
- Favorecer la generación de redes de apoyo social a los adultos mayores.
- Favorecer la integración y la participación social de los adultos mayores en situación de pobreza.
- Favorecer la integración a grupos organizados o a nuevas organizaciones de adultos mayores a aquellos adultos mayores que se encuentren en situación de abandono, aislamiento o ambas.

Los proyectos deben considerar no sólo las carencias sino también las capacidades de los adultos mayores en la localidad, de manera que el desarrollo de las capacidades y potencialidades sea un factor que contribuya a mejorar su calidad de vida.

Los tipos de proyectos que serán financiados corresponderán a aquellos ideados, creados, elaborados, formulados y ejecutados por los grupos de adultos mayores asesorados por el municipio.

Los proyectos a financiar pueden considerar talleres culturales (teatro, coro, folklor, pintura, manualidades y otros), recreativos (gimnasia, baile, deporte u otros), educativos u otras iniciativas no mencionadas anteriormente, las que en todo caso deben favorecer el fortalecimiento de la organización y/o, contribuir a solucionar el problema del aislamiento y abandono, y/o generar redes de apoyo a los adultos mayores, y/o dejar capacidades instaladas en la organización que mejoren la calidad de vida.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

3.1. LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO

El concepto de vejez está fuertemente determinado por las ideas negativas que tiene la sociedad al respecto, lo que “favorece la exclusión de los ancianos de algunos papeles sociales y de actividades significativas causándoles desajustes graves al negarles la oportunidad de satisfacer sus necesidades básicas” (Domínguez, 1959, pág. 6). Sin embargo, esta concepción negativa ha ido cambiando al observarse dos categorías de ancianos: los “viejos jóvenes”, donde se incluyen a un gran porcentaje de las personas adulta mayor, que se caracterizan por ser vitales, vigorosos y activos; por otro lado se encuentran los “viejos-viejos”, que corresponden a una minoría que están más vulnerables a contraer diversas enfermedades (Herz, 1987).

Con el segundo grupo mencionado, se asocian los siguientes indicadores negativos de la vejez: Mala salud y condición física precaria, soledad, problemas financieros, falta de independencia, sentirse abandonados, inactividad, temor a la muerte (Herz, 1987).

En la actualidad, “...todos quieren vivir mucho tiempo, pero nadie quiere envejecer...” (Papalia y Old, 1992, pág. 560). Esto se debe principalmente a la falta de comprensión del proceso de envejecimiento. Se considera que este proceso se produce en las últimas etapas de la vida, debido al avance en edad y como resultado de la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos, afectivos y sociales.

3.2. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ

En términos biológicos ser hombre o mujer depende de factores genéticos, pero serlo social y psicológicamente depende tanto, de los factores ambientales como experienciales y de aprendizaje. Las expectativas sociales que se reflejan en la organización social y en la educación determinan en gran medida las formas de pensar, sentir y comportarse de hombres y mujeres de una sociedad. (Lolas F, 1992)

Generalmente se entiende por vejez la etapa de la vida que comienza a partir de los 60-65 años a la muerte. Sin embargo, esta conceptualización varía de unas sociedades a otras y de unos momentos históricos a otros. Desde el punto de vista fisiológico, los procesos de envejecimiento sexual se inicia hacia los 30 - 35 años y continúa un proceso lento e individual. En el hombre no se observa ninguna marca biológica especial a lo largo de todo este proceso de envejecimiento, desarrollándose éste de una manera lenta y regular, mientras que en la mujer a pesar de ser su proceso igualmente lento, se evidencia una marca biológica clara que es la menopausia (López, F., 1996).

Cabe consignar que la vejez no puede ser definida únicamente por los cambios biológicos y fisiológicos asociados a la edad , el límite de los 60-65 años o de la jubilación carecen de sentido biológico, porque la vejez es en gran medida “una construcción social”, un viejo es lo que la sociedad dice que es un viejo (López, F., 1996).

Las diferentes etapas de la vida como la infancia, la adolescencia, la vida adulta y sobre todo la vejez son definiciones sociales realizadas de acuerdo a la edad, haciendo de ella uno de los criterios fundamentales de organización de la vida social, clasificando a los individuos según el sexo, en hombres y mujeres, y considerando la edad en niños, jóvenes y viejos (López, F., 1996).

La edad al ser un criterio de organización social significa que la sociedad atribuye a los diferentes status de edad: roles, funciones, normas y expectativas más o menos definidas, de acuerdo al sexo y al género de las personas.

Uno de los elementos esenciales de esta construcción social de la vejez es la representación mental que se tiene de ella, como un período de deterioro e involución. Los viejos se encuentran jubilados del trabajo y socialmente su valoración disminuye, esto genera en los jóvenes y adultos miedo a envejecer (López, F., 1996).

La vejez como constructo social, adquiere sentido al interior de cada sociedad y la representación mental que tengan los individuos de ésta, se verá influenciada por el proceso de Socialización.

3.2.1. Socialización

La Socialización se define como el “el proceso de aprender lo necesario de las costumbres y tradiciones para formar parte de la sociedad, es en gran parte un proceso de aprendizaje del comportamiento señalado por el rol” (Horton, et al., 1991, pág. 110), “... mediante el cual se interiorizan las normas del grupo en el que uno vive, de modo que emerge una personalidad (self) única” (Horton P. et al., 1991, pág. 93).

La personalidad de un individuo es producto de la experiencia y de la interacción con diversos grupos humanos. La familia es uno de los grupos de referencia más importantes, cuya labor principal será influir en gran medida en la formación de la estructura de personalidad de un individuo (White, 1965; Shaffer y Dunn, 1982). Otro grupo de referencia que adquiere gran importancia en la época escolar es el grupo de pares, que está formado por personas de la misma edad y status. Y es así como, a lo largo de la vida

existirán diferentes grupos de referencia que ejercerán su influencia en los individuos, en la construcción permanente de su autoimagen.

En una sociedad los individuos pueden ocupar diferentes roles y status. El Rol es definido como “el comportamiento esperado de una persona que adquiere un status particular” y Status como “el nivel o posición de una persona en un grupo, o de un grupo en relación con otros grupos.” (Horton, et al., 1991, pág. 110). En un sentido, status y rol son dos elementos del mismo fenómeno, porque el status involucra una serie de privilegios y obligaciones, y el rol implica el desempeño de esos privilegios y obligaciones.

En el aprendizaje de los diferentes roles juegan un papel importante la observación, la ejecución y los juegos, mediante los cuales se van adquiriendo las experiencias de ser y comportarse como hombre y mujer de una sociedad y cultura determinada, asumiendo actitudes, sentimientos y expectativas correspondientes a esos roles.

Existen características personales que pueden facilitar el desempeño de un rol específico. También se presentan situaciones en que diversos roles se encuentran asociados a un solo status, por ej. una abuela es a la vez esposa, madre, profesional, etc. Para este conjunto de roles, se necesita capacidad de aprendizaje y adaptación, porque la persona en cada rol debe actuar de manera distinta. “Esta multiplicidad de roles puede provocar un conflicto de roles, pero no necesariamente, y puede también incrementar la realización total y la satisfacción vital de uno” (Sieber, 1974, pág. 113).

Se han descrito dos tipos de roles y status, “los que la sociedad nos *adscribe* independientemente de las cualidades o esfuerzos individuales, y los *adquiridos* por nuestro propio esfuerzo” (Linton, 1936, pág. 114).

La mayoría de las actividades que realizan los individuos de una sociedad son aprendidas por medio de la socialización, donde se asignan tareas de acuerdo al sexo y edad de la persona.

La adscripción por sexo conduce a una polaridad de actividades determinadas socialmente. Por ejemplo, los niños desde pequeños juegan al papá o a las guerras, en cambio las niñas juegan con muñecas, cocinan o realizan labores domésticas. Esto hace que los niños maduren con una gran diferencia en sus gustos, preferencias, sentimientos y respuestas. Sin embargo, no existe impedimento para que hombres y mujeres desempeñen bien un mismo rol, siempre y cuando hayan sido socializados y aceptados como propios.

En las sociedades modernas debido a la gran diversificación del trabajo, las personas pueden lograr cambiar de rol y status. La flexibilidad en la adquisición de roles dependerá del conocimiento que tenga la persona de sus capacidades y habilidades para cumplir con los requerimientos de un rol determinado (Atchley, 1980 ; Harris y Cole, 1980).

A través del proceso de socialización el individuo se inserta en la sociedad mediante los roles, a partir de los cuales se organizan la relación entre los sexos. Los roles se encuentran ligados a funciones, consideradas tradicionalmente propias de cada sexo e inherentes a su naturaleza (Pastor, 1996).

Los roles adultos enmarcan a los sujetos en el proceso de una evolución reglada socialmente. El escenario social se organiza sobre la base del cumplimiento por parte de los hombres y de las mujeres de regla y normas específicas que rigen los intercambios sociales.

El trabajo, el matrimonio y la familia constituyen estructuras sociales que vinculan a los sujetos a través del tiempo, al desempeño de los roles prescritos de acuerdo a la edad y al sexo. Según el sexo se incorporan actitudes considerados como específicas desde el cual

el sujeto percibe la realidad circundante y genera las expectativas que movilizan su acción.

El mundo adulto definido a lo largo del continuo de la vida de una persona como algo esperado, exige una redefinición de expectativas y necesidades, implicando cambios de comportamientos más acordes con las nuevas exigencias. Es así como el trabajo se constituye en una necesidad que permite el desarrollo de otras posibilidades, como por ejemplo, la formación y mantenimiento de una familia, autonomía e independencia familiar (Pastor, 1996).

En sociedades altamente industrializadas se han generado estilos de vida marcadamente enfocados al consumo individual de bienes, elevando las exigencias económicas para sostener un proyecto familiar. De esta manera, el trabajo adquiere un estatuto simbólico ligado a la actividad social adulta y a la acción transformadora individual, además se convierte en un bien escaso, objeto de competencia y objetivo casi único de la vida personal, llenando los espacios privados e imprimiendo un ritmo deshumanizado a las relaciones sociales.

Hogan (1980) señala el pasaje adulto en términos tradicionales se caracteriza por el desempeño de roles diversos : el laboral en los hombres, el conyugal maternal en las mujeres, correspondiendo su secuencia normativa el trabajo y matrimonio para los hombres, matrimonio y maternidad para las mujeres. Por otro lado, Pastor y Martínez - Benllock, (1991) indica que en la actualidad, se han producido transformaciones de la normativa social en aspectos que afectan a la distribución, orden, estabilidad y a los contenidos de los roles.

Los roles tradicionales asignados a cada uno de los sexos vinculado al desempeño de tareas han cambiado, por ejemplo, la incorporación de la mujer al mercado laboral ha modificado las actitudes, las expectativas en el ejercicio laboral y en las relaciones familiares.

Las relaciones de poder asimétricas en el seno familiar y social, relativos a la distribución de las tareas y toma de decisiones, han sufrido transformaciones que cuestionan el orden tradicional de posiciones de hombres y mujeres, repercutiendo en la vida social y también en las relaciones íntimas, al originarse un efecto de desconstrucción de los roles establecidos e interiorizados.

La asunción de roles tradicionalmente adscritos a los hombres (laboral, conyugal y parental), caracterizados por atributos que definen la masculinidad (agresividad, competitividad, asertividad, toma de decisiones), ha ocasionado una generización de tareas, profesiones y funciones, sostenidas por una socialización en valores genéricos definidos como opuestos a las mujeres.

Snell et al.,(1990) señala que el cambio producido en estas últimas décadas por el impacto de la participación de la mujer en la vida pública, unido a la crisis de los valores tradicionales, aparecen situaciones para las cuales los hombres no han elaborado alternativas de transformación, produce desequilibrios y resistencias que afectan a las relaciones sociales y privadas.

Las pautas de socialización aún no proponen a los hombres asumir el cuidado de los hijos y llevar adelante una vida doméstica sin la ayuda de las mujeres (madres, esposas o hermanas). Bloom et al., (1978) señala que los hombres viudos o divorciados, con o sin hijos, contraen matrimonio o establecen una relación de convivencia estable con mayor facilidad que las mujeres

En la actualidad los hombres sienten amenazada su identidad, en situaciones como el paro, los retiros anticipados y la jubilación. Los desequilibrios provocan ruptura con el rol tradicional del hombre, el cual afecta al papel de proveedor de recursos creando un vacío de

definición social, de difícil solución en una sociedad que ha socializado casi exclusivamente en el rol productivo. Las redes sociales sostenidas de manera fundamental por este hecho se alteran, lo cual significa exclusión y alejamiento del espacio público.

3.3. NUEVO ENFOQUE DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento es definido por Handler (1960), como "...el deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversibles, e intrínsecos a todos los miembros de la especie". Este proceso se manifiesta en los distintos sistemas del organismo, inmunológico, biológico y sistemas de comportamientos adaptativos a los nuevos estímulos y amenazas del medio.

Para estudiar la naturaleza y los aspectos que condicionan la longevidad humana, es necesario considerar la interacción de los problemas físicos, mentales, sociales y de la capacidad del ser humano para sobreponerse a la adversidad (Domínguez, 1998).

El nuevo enfoque de la Biosenescencia planteado en el Seminario de Gerontología Social, Universidad de Valparaíso, (1998); señala que el hombre, como todos los seres vivos está programado para morir. Y en este sentido, la Biosenescencia busca intervenir directamente en el proceso de envejecimiento humano e intentar prolongar la juventud, controlando y postergando los procesos degenerativos, centrándose en las causas más que en los efectos de este proceso.

Actualmente la atención científica procura reconocer la complejidad del proceso de envejecimiento y busca estrategias apropiadas, para aumentar los años de vida saludables y de este modo reducir la tasa de envejecimiento. La meta es "Morir joven lo más tarde posible" el desafío presente es ir disminuyendo en forma uniforme la tasa de envejecimiento

de todo el cuerpo y la incógnita es saber si el deterioro progresivo del reloj del envejecimiento podría ser postergado (Domínguez, 1998).

Este nuevo enfoque caracteriza el fenotipo del senescente y lo analiza en distintos niveles ; el fenotipo es el conjunto de propiedades hereditarias y no hereditarias de un individuo ; representa la naturaleza física, bioquímica y fisiológica del individuo, determinada por el genotipo y por las modificaciones en el medio ambiente.

A nivel poblacional, el fenotipo del senescente representa el crecimiento exponencial de la tasa de defunciones en edades avanzadas, para una población determinada según sexo. En este sentido el desafío para la Demografía y para la Epidemiología de la Vejez, es llegar a caracterizar la mortalidad y la morbilidad del Adulto Mayor, según los contingentes de edades mayores de 60 años.

A nivel del organismo, el fenotipo del senescente refleja la declinación en la eficiencia de los diferentes mecanismos homeostáticos, incluyendo la adaptación a la temperatura ambiental y a las restricciones dietarias. La fuente de la juventud está en la habilidad del A.D.N. para autorepararse.

El desafío a nivel del organismo es avanzar en el conocimiento de los mecanismos genéticos que regulan el reloj del envejecimiento y en mejorar las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales.

A nivel del sistema orgánico, el fenotipo del senescente refleja los procesos de deterioros funcionales que son comunes en las edades avanzadas. La contrapartida de los deterioros funcionales es el aumento de la dependencia y la pérdida progresiva de la autonomía en la vejez. Esto último se manifiesta en : a) Restricciones en la movilidad. b)Inestabilidad o tendencia a perder el equilibrio y caerse. c)Incontinencia o la pérdida

involuntaria de orina o de los controles de esfínteres. d) Deterioro cognitivo o pérdida progresiva de las funciones cerebrales (Domínguez, 1998).

Las circunstancias mencionadas aparecen como síntomas habituales al final de la vida y su frecuencia aumenta con la edad ; se originan por causas variadas privando a los adultos mayores de su independencia, presentando baja letalidad y rara vez responden con rapidez a tratamientos terapéuticos simples. Esta situación se constituye un desafío para los sistemas de salud.

El cuidado de la capacidad funcional de la persona que envejece es una tarea predominantemente rehabilitadora, muy ligada a la voluntad y a la decisión de superar las adversidades. Una persona que no puede caminar puede recuperar la movilidad con esfuerzo y ejercicios. El apoyo familiar puede resolver problemas asociados a limitaciones funcionales llamadas instrumentales, tales como, incapacidad para salir de compras, hacer el aseo o las comidas en el hogar, etc

A nivel celular, el fenotipo del senescente se expresa en, la disminución del potencial proliferativo de diferentes células, pérdidas regionales de células, de volumen y de la acumulación de pigmentos dentro de ciertas células tipos.

Las tareas pendientes se relacionan con el estudio de:

a) Las modificaciones en los procesos de Oxidación, que están relacionados con la edad : La teoría de los Radicales Libres y su influencia en el proceso de envejecimiento, está basada en la naturaleza química de las reacciones de los Radicales Libres y en su presencia ubicua en los sistemas vitales. El proceso de envejecimiento podría ser simplemente producto de cambios casuales producidos por estas reacciones. Estos

cambios acumulados al final de la vida serían el origen del racimo de enfermedades degenerativas en la etapa terminal de la vida humana.

El número creciente de enfermedades originadas por la acción de los Radicales Libres incluye a dos causas de muerte como son el cáncer y la arterioesclerosis.

a) La identificación de los relojes biológicos del envejecimiento. Se encuentra en estudio en forma exploratoria, la ubicación de los relojes biológicos del organismo humano. En los últimos años se ha intensificado el interés en el rol de la Glándula Pineal en el envejecimiento y en el cáncer.

Existen estudios que muestran que con edad la Glándula Pineal sufre cambios significativos. A través de la inhibición experimental de la función pineal, por exposición constante a la luz, se estimula el desarrollo de tumores. La oscuridad y la administración de Melatonina inhiben el desarrollo de éstos. La Melatonina cumple una función antioxidante, tiene una reproducción estacional y ritmicidad circadiana.

A nivel molecular, el fenotipo del senescente manifiesta una declinación general de las tasas de síntesis de proteínas (Domínguez, 1998).

La tarea pendiente es estudiar: a) La frecuencia de las mutaciones genéticas que ocurren espontáneamente., b) El tipo de cambio y su mutación en el genoma (conjunto de todos los genes de un individuo)., c) El efecto de las mutaciones en la regulación de la expresión del gene., d) La relación mutagénica espontánea en las tasas del proceso de envejecimiento y en los rasgos de la patología asociada con la edad.

Por último, el objetivo final de la Biosenescencia es la búsqueda del bienestar del adulto envejecido, favoreciendo el desarrollo de la personalidad y mantención de la autonomía del adulto mayor en su última etapa de la vida.

3.4. ASPECTOS QUE CONDICIONAN LA VEJEZ

Las características de la vejez se encuentran condicionada por la conjugación de dos factores, por un lado, aspectos inherentes a la evolución de la personalidad física y psicológica y, por otro lado, los factores ambientales producto de las influencias de orden socioculturales y económicas.

3.4.1. Aspectos relacionados con la Salud.

El permanente progreso y desarrollo de la ciencia ha permitido un notable mejoramiento de las condiciones de vida de la población, prolongando la salud por más tiempo. Debido al aumento considerable de la población adulta mayor en las últimas décadas, la medicina ha tenido que hacer frente a los problemas de salud de los ancianos, creando una rama especial para su atención: la geriatría. Paralelamente a esta ciencia surge otra, la gerontología, que se ocupa de los aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y económicos referentes a la vejez.

Una serie de problemas y dificultades que se presentan en la adultez mayor son de orden más bien psíquico y no siempre patológico, por lo que su estudio exige una cuidadosa y profunda investigación al respecto.

La vejez es la última etapa de la existencia humana y el envejecimiento como proceso se desarrolla a lo largo de toda la vida, por ello es necesario para la psiquiatría establecer distinciones entre vejez normal (senectud) y vejez patológica (senilidad). Algunos autores consideran que efectuar una delimitación entre ambas concepciones es difícil, y otros señalan que el ser humano durante el proceso de declinación biológica, pasa de un estado normal a otro patológico.

En el área física se observa que "las habilidades sensoriales y psicomotrices descienden con la edad, pero hay por supuesto, una serie de variaciones individuales" (Papalia y Old, 1992, pág. 537). Los órganos más afectados por este descenso son los sentidos ; en la visión, se desarrolla la hipermetropía, la que es corregida en cierto grado por el uso de lentes ópticos. Además hay problemas para percibir adecuadamente la profundidad, adaptarse al cambio de la luz o distinguir los colores. Es muy frecuente encontrar cataratas, glaucomas u otras patologías que causan una visión borrosa, esto trae como consecuencias caídas y golpes en los lugares de residencias y en la calle, así como la eliminación de trabajos que requieren gran precisión.

Las caídas ocasionan con frecuencia fracturas óseas y como consecuencia problemas psicológicos relacionados con el temor a caer, que pueden ser igual o más discapacitantes como las secuelas de fracturas (Birren, 1974).

Otro de los órganos afectados es la audición que presenta una pérdida gradual de su función, pudiendo llevar al aislamiento y en oportunidades a cambios de personalidad que hace difícil la convivencia con los ancianos. Con una identificación precoz de anomalías auditivas, permite intervenir tempranamente para rehabilitar o compensar el déficit (Zimbardo et al., 1981).

En los sentidos del gusto y el olfato se produce una disminución y muerte de las papilas gustativas, perdiendo la capacidad de distinguir los sabores y olores de los alimentos. Esta situación puede llevar al anciano a no alimentarse de una manera adecuada, y como consecuencia iniciar un proceso de desnutrición paulatino favoreciendo la aparición de osteoporosis, por descalcificación de los huesos (Doty, 1984).

Las enfermedades crónicas aumentan en forma progresiva con la edad y se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino. Entre los diagnósticos más frecuentes y en orden decreciente de importancia figuran la hipertensión arterial, diabetes mellitus, reumatismo no especificado, colecistopatías, neurosis y bronquitis crónica.

Es importante enfatizar que la aparición de enfermedades como la hipertensión, diabetes y de sus complicaciones influyen los estilos de vida de las personas, en este sentido es necesario la difusión de modelos de autocuidado para prevenir y controlar las mencionadas afecciones (Woodruff, 1985).

Las causas de muerte de las personas de 60 años y más, representan alrededor del 68% del total de las defunciones producidas en un año, y como causa de muerte lo crónico es mucho más importante que lo infeccioso ; las tres primeras causas son por enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos y enfermedades del aparato respiratorio, siendo las mismas para hombres y mujeres, pero con un mayor riesgo para los hombres. Y como consecuencia de esta sobremortalidad masculina (que se produce en todas las edades), se empieza a producir una diferencia en el número de personas vivas de edad avanzada, con un franco predominio de las mujeres.(Gregorie, 1998).

3.4.2. Aspecto Psicológico

Para lograr una mayor comprensión de las características psicológicas de una persona en la tercera edad, es importante mencionar que el ser humano a lo largo de su existencia pasa por distintas etapas: crecimiento, maduración y declinación ; cada una de ellas poseen aspectos considerados normales y patológicos.

El desarrollo pleno de la personalidad se logra a través de todo el ciclo vital. El nivel de maduración psicológica se manifiesta en la “capacidad de soportar y elaborar tensiones emocionales, sin deterioro de la personalidad y sin angustia, y en la aptitud para enfrentarse eficazmente a los problemas que impone la realidad y las tareas de la vida adulta” (Vidal-Alarcón, 1986, pág. 472). La personalidad madura implica la adquisición de una identidad personal y de una capacidad para integrar los cambios de cada etapa de la vida.

En la senectud la capacidad de integración se modifica, debido a ciertos cambios que experimentan las funciones psíquicas de las personas adultas mayores, como por ejemplo: debilitamiento global de la actividad intelectual, disminución de la memoria y de la capacidad de concentración, rigidez en los juicios e ideas, etc., razón por la cual adquieren características propias. En la actualidad la psiquiatría clásica enfatiza aquellos aspectos negativos de la vejez como la rigidez en los hábitos de conductas; la persona anciana empieza a refugiarse en los antiguos hábitos, prevaleciendo psicológicamente el pasado sobre el porvenir, Krapf lo menciona como “atrofia del porvenir, considerado como otro de los factores que influye en la rigidez de la personalidad del adulto mayor”. (Vidal-Alarcón, 1986, pág. 472), esto explica por qué algunos ancianos no tienen proyectos para el futuro.

La persona adulta mayor que no pueda adaptarse frente a circunstancias nuevas es más probable que presenten a través de distintas formas clínicas de desadaptación, trastornos psicológicos dentro de los cuales se encuentra la depresión.

Existen estudios epidemiológicos que han establecido que la frecuencia de las depresiones aumenta con los años, constituyéndose en el trastorno de mayor importancia en personas de tercera edad. Para algunos autores, alrededor del 4% de los ancianos padece de un trastorno depresivo menor. Sin embargo, tanto médicos como pacientes consideran la

depresión como un acompañante inevitable de la vejez. Al respecto diferentes científicos y la población en general consideran que el proceso de envejecer es sinónimo de "estado pre-depresivo", y es por esto que muchos ancianos no solicitan ayuda ni tratamiento médico (Morages et al.,1994).

La prevalencia de este trastorno se encuentra en gran medida determinada por factores psicosociales, el incremento en la tercera edad de situaciones de pérdidas como del status social, físico y económico, muerte o enfermedad del cónyuge, soledad y aislamiento, falta de afecto y cariño, muerte laboral, jubilación y sensación de rechazo (Vidal-Alarcón, 1986).

Las pérdidas afectivas que experimenta el anciano y que son tan importantes para él, van minando su psiquismo, dando lugar a una reacción de entrega y abandono que puede llevar al senescente fácilmente a la depresión. Sin embargo, se ha comprobado que el ser humano de cualquier edad con buenas relaciones de apoyo familiar y lazos significativos con otros, se encuentran en mejores condiciones psicofisiológicas para poder superar las tensiones y enfermedades. Por otra parte, la ausencia o mala calidad de las mismas favorece la adquisición de ciertas patologías (Vidal Alarcón, 1986).

3.4.2.1. Apoyo social

El apoyo social puede ser considerado como recursos del entorno que favorecen y mantienen las relaciones sociales, así como, el ajuste y el bienestar dentro de un contexto comunitario. Al respecto se han llevado a cabo programas de sistemas de apoyo en esta área, siendo decisivas para el ajuste del individuo en un medio determinado (Guimón et al., 1985).

El apoyo social es considerado como un antídoto poderoso en momentos de tensión, cuando el individuo necesita realmente ayuda. En las personas de tercera edad el apoyo social proporcionado a través de las redes sociales, pueden protegerla de una variedad de tensiones y agresiones patológicas, al reducir la ansiedad, la depresión, la irritabilidad y los síntomas somático (Larocco et al., 1980 ; Thoits, 1982). Por lo tanto, la búsqueda de apoyo puede ser considerada como una estrategia de afrontamiento frente a situaciones estresantes.

En cuanto a los antecedentes teóricos, se ha analizado el impacto de las relaciones sociales en la salud y el bienestar. Dean (1986) ha estudiado la influencia de las relaciones sociales y otros elementos ambientales en la aparición de enfermedades. Por otro lado, House y Kahn (1985), estudiaron el apoyo social y su relación con la salud.

Desde una perspectiva comunitaria Gottlieb (1981) indica que estudios realizados proponen dos líneas de investigación, mostrando las consecuencias positivas que tienen las relaciones sociales para el bienestar psicológico. La primera línea apunta a las intervenciones y las distintas características ambientales (Moos, 1974). La segunda línea hace referencia a intervenciones que fomentan la creación de grupos de apoyo, que ayudan a superar las vicisitudes. Unido a esto se hayan las investigaciones que muestran la importancia de las redes informales de apoyo, como los amigos, vecinos, etc., que son vitales para mantener la salud mental de los individuos.

Este tema ha despertado gran interés, término que ha recibido diversas conceptualizaciones, las que han sido revisadas por autores como Gottlieb (1981) y Cohen (1985), los cuales identificaron tres perspectivas de análisis de los recursos que se derivan de las relaciones sociales. El primero de ellos, define el apoyo social en términos de participación e integración social. El segundo define apoyo social según el acceso que

poseen los sujetos a los recursos que en gran medida pueden favorecer sus relaciones sociales. El tercer análisis define apoyo como producto de las interacciones sociales del sujeto dentro de una red social determinada, que posee ciertas características estructurales.

Desde el primer nivel de análisis, se entiende por apoyo social como la cantidad de relaciones sociales en general o de un tipo específico, como son el matrimonio, amistad y pertenecer a organizaciones. Según sean las relaciones sociales que se poseen, ayudarán a que los sujetos se aislen o bien se integren socialmente (Berkman y Syme, 1979).

Esto se justifica porque al haber relaciones sociales previas, se puede analizar el nivel de apoyo y sus características. Para investigar lo anterior, se han estudiado el matrimonio, (Durkheim y otros) los contactos con amigos y familiares (House y Kahn, 1985), siendo esenciales para el mantenimiento del bienestar psicológico.

En el segundo nivel de análisis considera el apoyo social, según las consecuencias positivas que tiene para los individuos acceder y mantener relaciones sociales (Gottlieb, 1981). A partir de esto, se han elaborado diversos instrumentos para identificar cuáles son las relaciones que dan apoyo (fuentes de apoyo), qué tipos de apoyo proporcionan (emocional, económico e instrumental), y conocer en qué tipo de problemas se debe entregar ayuda o asistencia específica.

Desde el tercer nivel de análisis se encuentra la red social, ésta apunta a la estructura de la misma y a sus funciones.

Didier, M. (1988), señala que la Red Social es el conjunto de personas con las cuales el individuo tiene una relación emocional significativa, formada por familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos y otras personas con quienes se tiene una relación continuada en el tiempo, constituyéndose en una fuente importante de recursos para el

individuo.

Al analizar una red social, se considera abarcar una gran gama de relaciones sociales, conocer los múltiples aspectos y efectos de estas relaciones y entregar un método que describa los patrones estructurales de los vínculos sociales y ver sus efectos (House y Kahn, 1985).

La red social como recurso fortalece la capacidad del sujeto para enfrentar las demandas y problemas de la sociedad, así como contrarrestar los efectos del proceso de envejecimiento. (Barros, 1993).

Las redes poseen propiedades estructurales y funcionales. Las primeras apuntan a la calidad del apoyo, que puede ser evaluada a través del tamaño, la fuerza del vínculo, la densidad (grado en que los miembros se interrelacionan), la homogeneidad de los integrantes, la dispersión (ubicación geográfica de los sujetos) y la multiplicidad (número de roles que posee una misma persona). Por otro lado, las propiedades funcionales, explican que las redes son capaces de satisfacer las necesidades de apoyo social de los sujetos, tales como : necesidad de mantener una identidad social y de apoyo emocional, ayuda material, servicios personales y de información necesaria.

En la tercera edad existen cambios en los componentes, características y usos de las redes sociales de apoyo, afectadas por las características personales, sociales y culturales. La jubilación es uno de los eventos más importantes que se enfrenta en esta etapa, porque se pierde el rol institucional y productivo, quedando devaluada la contribución que hacen los adultos mayores a la sociedad. Esto trae consigo el abandono progresivo de las relaciones sociales procedentes del ámbito laboral. Sin embargo, el dejar de ser productivos socialmente, no necesariamente implica una disminución de las redes sociales, porque la gran

mayoría de los sujetos mantienen contactos frecuentes con la familia, de la cual reciben apoyo y otros servicios. (Shore, 1985 ; Sundström, 1994). Lo mismo ocurre con las amistades que brindan apoyo emocional e instrumental al entregar compañía, intimidad emocional, consejo, ayuda en tareas cotidianas y en situaciones de emergencia , siendo además un mecanismo de integración a la comunidad. (Croham y Antonucci, 1989). La similitud entre las amistades facilita la interacción mutuamente satisfactoria, reafirmando la identidad y estima personal, las que poseen un fuerte impacto en los sentimientos de bienestar de los adultos mayores actuando como, un mecanismo protector al reducir la ansiedad y la tensión creada por los sucesos de vida estresantes.

Lo anterior no excluye el apoyo familiar, el estar casado es un factor fundamental en la configuración de las relaciones informales de la tercera edad, otorga un nivel de experiencias, interdependencias y entrega la base para mantener y fortalecer los vínculos con los hijos y otros familiares (Kendig, 1986). Unido a esto, la familia proporciona cuidados, apoyo emocional constante, siendo determinante para la prevención y el retraso de la institucionalización. Es decir, la familia continúa siendo la piedra angular en el cuidado de los adultos mayores dependientes (Jani- Le Bris, 1993).

Según la O.M.S. (1989) “una vida socialmente activa durante la tercera edad, en comparación con la de aquellas personas que mantienen escasos contactos sociales, se encuentra asociada a una mayor satisfacción con la propia vida, así como con una mayor capacidad funcional” (Tercera edad grupos y programas de apoyo, pág. 137).

De lo anterior deriva la importancia de la formación de agrupaciones o clubes de adultos mayores. Estas organizaciones contribuyen a disminuir los efectos del envejecimiento, los miembros de éstas aumentan su red social y desarrollan habilidades y

potencialidades aprendiendo cosas nuevas, con ello obtienen reconocimiento social y definen su rol como miembro activo de un grupo (Barros, 1995).

3.4.3. Aspectos Socioculturales

A través del proceso de envejecimiento se van produciendo una serie de cambios sociales y culturales. Los adultos mayores habitualmente no reciben una adecuada valoración social convirtiéndose en una carga para los familiares y para la sociedad en general ; sufren la pérdida de sus cónyuges, pasan a formar parte de la población inactiva de la sociedad y tienen dificultad en manejar su tiempo libre lo que redundará en vivencia de soledad. Y es así como la “dependencia, el aislamiento y el abandono de la actividad se constituyen en algunos de los más importantes factores sociológicos que resienten la estabilidad psíquica y emocional del anciano” (Vidal-Alarcón,1986, pág.472).

3.4.3.1. Jubilación

El proceso de envejecer es considerado un destino social, caracterizado por una calidad de vida deficiente debido a las posibilidades de empobrecimiento, pérdida de la identidad y del prestigio social asociado principalmente a la jubilación. Por ley el retiro de la actividad laboral debe ocurrir a los 60 - 65 años, para las mujeres y los hombres respectivamente.

El retiro de la actividad laboral debería significar para los adultos mayores una etapa de descanso, sin embargo, el reducir a la inactividad a personas con capacidad de trabajo, produce en los sujetos sentimientos de frustración e inseguridad, uniéndose a ello una serie de inconvenientes como la dificultad para mantener el hogar debido a la disminución del

ingreso en comparación con la remuneración percibida durante el ejercicio laboral. En este contexto, la jubilación es vivida por un gran número de adultos mayores como una antesala a la muerte, porque no le es posible generar sus propios recursos y al carecer de poder adquisitivo no pueden satisfacer sus necesidades básicas (Barros, 1989).

La jubilación se visualiza como la posibilidad que tienen los adultos mayores para disponer libremente de su tiempo, sin embargo esta situación en la realidad es percibida como una penalización o un castigo, con la disminución del ingreso se asocia directamente la dificultad para comprar remedios, alimentarse de forma adecuada, pagar atenciones y servicios, locomoción, entretenimiento y otros elementos que son esenciales para mantener una buena calidad de vida (Barros, 1989).

En esta sociedad los adultos mayores vivencian el retiro laboral como una pérdida de la identidad social y del sentido de la vida, porque a través del trabajo y la producción se obtiene el sentido de valía personal y el respeto de los demás. Esto radica en la inexistencia de una definición sociocultural para los adultos mayores de una función social alternativa, que les permita sustituir el rol de trabajador. Esta pérdida de identidad social afecta diferencialmente a hombres y mujeres; por un lado, el hombre sufre un mayor impacto psicológico porque quedarse en la casa significa convertirse en un estorbo para los demás, sintiéndose desvalorizados e inútiles. Por otro lado, las mujeres son mayormente afectadas por el impacto económico, porque la mayoría de ellas dependen del cónyuge y al morir la pareja reciben pensiones o montepíos menores que las jubilaciones (Barros. C, 1992).

Cabe consignar que " la jubilación no significa necesariamente dejar de trabajar por completo" (Papalia y Old, 1992, pág 553), pues muchos ancianos sanos, emplean su tiempo en otras actividades lucrativas, o trabajan por horas dentro de una institución o dedican su

tiempo consigo mismos, con la familia y los amigos, así como en desarrollar intereses que estaban rezagados.

En términos generales, cuando existe un mayor nivel educacional es menor el deseo de abandonar las labores profesionales, siendo muy probable que las personas continúen realizando otras actividades después de los 65 años. En cambio, las personas cuyos trabajos son más bien de tipo físico, por ejemplo, obreros de la construcción, están más deseosos de jubilar (Butler y Lewis, 1977).

En relación a lo anteriormente señalado, se ha demostrado que un medio ambiente carente de estímulos y de actividad intelectual, facilita la aparición de trastornos psíquicos en la vejez, Nakamura, "ha observado tres hechos ilustrativos al respecto: a) que en muchos ancianos la capacidad intelectual se deteriora rápidamente después de la jubilación; b) que los ancianos de mayor coeficiente intelectual prolongan más su vida; c) no siempre la capacidad intelectual se deteriora con la edad". (Vidal-Alarcón, 1986, pág. 473).

Por lo ya expuesto, es importante realizar una planificación de la jubilación para estructurar la vida de forma más placentera y productiva, lo que implica preocuparse de lograr un respaldo económico, aspirando así a una buena calidad de vida durante la vejez.

3.4.3.2. Tiempo libre

En referencia a lo señalado en el punto anterior, es conveniente realizar una planificación de la jubilación; el dejar de ser activos laboralmente implica un cambio radical en la vida de las personas, porque a partir de ese momento aumentará en términos considerable el tiempo libre. Éste es definido como el espacio que deja el trabajo para realizar diferentes actividades; el grado de salud mental de las personas dependerá de cómo

se utilice el tiempo libre.

Los adultos mayores al disponer de mayor tiempo después de jubilar, puede generar incertidumbre en cuanto a la ocupación adecuada de éste, en algunas ocasiones puede resultar ambivalente; por un lado, la jubilación como una instancia para descansar, recuperarse, educarse, adquirir más cultura y desarrollo personal, así como establecer relaciones satisfactorias. Por otro lado, puede tener una connotación negativa, al considerar que hay más tiempo para llenar, consumismo, dirigismo político y relaciones interpersonales conflictivas (Corbella, 1995).

Respecto a las condiciones que permiten disfrutar el tiempo de forma favorable destaca la salud, autonomía personal, personalidad positiva, amplios intereses, madurez activa, vivir céntricamente, tener un status económico y jubilación o pensión aceptables. En cambio, las condiciones desfavorables corresponden a tener limitaciones psíquicas y físicas, personalidad negativa, pocos intereses y madurez personal, vivir aislados, ser de status socio-económico bajo y además tener una pensión baja (Corbella, 1995).

Según lo anterior, hay personas que viven en condiciones favorables, porque se han preparado para ello. Sin embargo, la mayoría de los adultos mayores no han tenido esta preparación personal, por ende, no saben exactamente cuáles son las consecuencias de perder el status de persona activa, que los lleva a enfrentarse con “ ‘matar’ el tiempo o dejar que éste los mate” (Corbella, 1995, pág .16).

Las personas adultas mayores deben tratar de ocupar su tiempo en actividades agradables, donde se sientan satisfechos y seguros de sí mismos, de lo contrario, el tiempo libre se convierte en una carga acompañada de aburrimiento, angustia y depresión. Para escapar del tedio y la soledad, es esencial que las actividades tengan sentido, los haga

sentirse realmente partícipes con una sensación de pertenencia social, cuya base es el respeto a la diversidad individual de cada sujeto, poseedores de una riqueza y sabiduría personal que es única (Corbella, 1995).

3.5. CONCEPTO DE SALUD Y SALUD MENTAL

3.5.1. Definición de Salud.

La Salud es uno de los bienes más apreciados por el hombre actual, considerada como la “piedra fundamental donde descansa su felicidad ; que le permite crecer, desarrollarse, cumplir el rol que le corresponde en la familia y en la sociedad, y vivir en plenitud las distintas etapas de la vida” (Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor, pág 273)

El concepto de Salud es dinámico, su definición varía de acuerdo a las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo plantea, así como de determinados contextos teóricos (De Miguel Angel, 1980 ; Nordenfelt, 1986).

El concepto de Salud ha evolucionado desde una visión biologicista-médica hacia una visión más integral y holística. La Organización Mundial de la Salud (1986) la define como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, además de la ausencia de enfermedad”. Esta definición se enmarca dentro de un modelo biopsicosocial.

San Martín y Pastor (1984), consideran que la Salud es un proceso social en su origen que tiene repercusiones ecológicas en el medio ambiente y que finalmente, genera cambios en el individuo y según las circunstancias (favorables o desfavorables), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico conocido como enfermedad.

3.5.2. Definición de Salud Mental

El concepto de Salud mental según Warr (1987), es intrínsecamente ambiguo porque se encuentra vinculado al sistema de creencias y valores sociales, así como su construcción simbólica a través del lenguaje. Las representaciones sociales del concepto depende de las épocas, las culturas y de los paradigmas teóricos dominantes.

González de Pablo et al. (1993) ; Rosen (1974), señalan que los síntomas y los procesos afectivos, cognitivos y conductuales que se emplean para determinar la salud o la enfermedad mental de una persona o grupo social, estará sujeto a las representaciones sociales y paradigmas científicos de cada cultura y período histórico. Por lo tanto, considerar a una persona como enferma o con un deterioro en su Bienestar Psicológico, dependerá tanto de alteraciones emocionales o de personalidad, como de las actitudes de la sociedad frente a ese tipo de alteraciones.

Warr (1987) indica que dos son las razones que explican la dificultad para definir y operacionalizar el concepto de Salud Mental. En primer lugar, el término ha sido utilizado desde paradigmas teóricos diferentes, lo cual obstaculiza una integración de aquellas posturas en un marco conceptual común. En segundo lugar, las definiciones contienen elementos evaluativos y juicios morales. Bradburn (1969), al respecto señala, “la conducta que es considerada como un problema de salud mental generalmente conlleva juicios, sentimientos o acciones sobre problemas vitales que bien la persona misma o las personas cercanas juzgan como una seria violación de una conducta normal. En tales juicios se asume que existe un modelo con que comparar la conducta y que ese modelo tiene validez independientemente de los sentimientos, creencias y acciones de la persona” (Desempleo y Bienestar Psicológico, 1992, pág. 53).

Desde una concepción sociopsicológica no se niega el carácter endógeno de algunas patologías mentales, es decir, no se descarta la existencia de procesos neurofisiológicos a la base. Sin embargo, se enfatiza el origen social de los trastornos psicológicos, que en su mayoría no poseen un carácter psicótico y que además se distribuyen diferencialmente entre los diversos grupos sociales. Destacándose así que la Salud Mental es, en parte, una construcción simbólica e históricamente determinada (Álvaro y Páez, 1996).

3.5.3. Modelo Psicosocial de Salud Mental

En este trabajo se hará referencia al modelo propuesto por Darío Páez (1986), este modelo de orientación comunitaria considera que los problemas de salud mental, emergen en un contexto en que los factores psicosociales, se encuentran estrechamente vinculados con el malestar y sufrimiento emocional.

Este autor enfatiza el carácter socialmente construido y determinado de la salud mental, otorgando gran importancia a las emociones para la comprensión de problemas en salud mental. Páez propone la siguiente definición en el marco de la psicología de las emociones: "... atributo individual en su forma de existencia (en tanto sólo existe en los individuos y no como realidad psíquica supraindividual), pero social en su origen (sería un producto de los factores psicosociales y sociales como los eventos vitales, las redes sociales de apoyo y las formas de afrontamiento, además de la estructura social en un sentido amplio), lo social en sus funciones (un estado emocional de balanza positiva tendría efectos adaptativos individuales y sociales) y social en su contenido (porque estaría formada por la internalización de las relaciones sociales y evaluaciones sociales)" (Páez, 1989).

Cuando se investiga desde un punto de vista psicosociológico el bienestar subjetivo de la comunidad, se considera como criterio la intensidad y frecuencia de los estados afectivos y, en particular, la balanza o equilibrio entre la afectividad negativa y positiva. Se supone que las dimensiones son independientes, diferentes y poseen correlatos distintos, por lo que el vínculo entre ellas sirve como un indicador de felicidad o bienestar (Ryff, 1989).

La salud mental definida como bienestar físico y mental, hace referencia a una balanza positiva de afectos, en que los afectos positivos son mayores en proporción, que los afectos negativos.

Páez, J. Adrián, N. Basabe (1989), presentan un análisis de la salud mental entendida como equilibrio entre los afectos positivos y negativos. En el contexto de esta definición, el bienestar mental se entiende como predominio de experiencias emocionales positivas. Por un lado, la alta afectividad negativa estaría asociada a ansiedad, estrés, problemas interpersonales recientes y presencia de castigos; una baja afectividad positiva estaría asociada a la depresión, déficit de refuerzo positivo y de interacción social. Y por otro lado, la ansiedad estaría vinculada a experiencias de alto afecto negativo y la depresión estaría asociada a experiencias de afectos negativos y de bajo afecto positivo.

En la distribución de problemas en la salud mental se ha observado que, éstas se distribuyen diferencialmente dependiendo de la estructura social, en tanto la sintomatología se presenta cíclicamente, siendo expresión del carácter cambiante y oscilante del ambiente en que se desenvuelve el individuo.

Páez (1986), plantea tres dimensiones en las cuales se sitúan los factores que estarían mediando la manifestación de bienestar o malestar psicológico. Estos factores son los macrosociales, microsociales y psicológicos.

a) Factores Macrosociales : Estos factores describen la vulnerabilidad de sufrir deterioro en el bienestar psicológico según determinada clase social y sexo del sujeto.

En términos epidemiológicos existen datos acerca del riesgo de enfermedad y de mortalidad diferentes, dependiente de las clases sociales. Esta distribución diferencial se hace extensiva al ámbito de la salud mental. Según una serie de investigaciones realizadas en USA, Inglaterra y España, la depresión es más fuerte en las clases más bajas (Páez, 1986).

Existen estudios clásicos como el de Dunham (1939) sobre la incidencia de la desorganización social en los problemas mentales; el de Bradburn (1969), Cochrane y Stopes Roe (1980), Dohrenwend y Dohrenwend (1969, 1981), investigación acerca de la distribución diferencial de enfermedades mentales, en clases sociales distintas. Tales esfuerzos científicos han mostrado una relación entre clase social y trastornos psicológicos. Al respecto se ha observado de manera sistemática, mayor índice de deterioro psicológico en trabajadores que no cualificados.

Se han utilizado dos hipótesis para explicar la relación existente entre clase social y salud mental. Autores como Cochrane y Stopes - Roe (1980), señalan que el mayor deterioro psicológico de las clases sociales más desfavorecidas sería producto de la selección social, es decir, una movilidad social descendente causada por un deterioro psicológico previo. La segunda hipótesis la plantean Mirowsky y Ross (1989), explican que el deterioro del bienestar psicológico sería consecuencia de una situación económica desfavorable. Considerando este segundo planteamiento, Myers et al. (1974), señalan que la mayor presencia de problemas psicológicos en las clases sociales más desfavorecidas, se explicaría por una mayor exposición a acontecimientos vitales estresantes. Barrón (1989), considera que la interacción de ambas hipótesis proporciona una explicación más completa de la

variabilidad pesquisada en la sintomatología diferencial de las clases sociales.

Otro factor macrosocial que influye en el bienestar psicológico es el sexo, al respecto existen evidencias que apuntan hacia una mayor incidencia en mujeres de trastornos psicológicos de carácter no psicótico, como la depresión (Bebbington et al, 1981 ; Claery y Machanic, 1983). Para explicar una mayor frecuencia de sintomatología depresiva en las mujeres, se han empleado cuatro hipótesis. La primera tiene un carácter biologicista, la que asigna gran importancia a los cambios orgánicos, variaciones en niveles hormonales y una disminución de algunos neurotransmisores (Weissman y Kerman, 1977 ; Depue y Monroe, 1979). Una segunda hipótesis postula que la mayor incidencia de trastornos psicológicos menores en población femenina se explicaría por, las diferencias de género en la expresión de la emotividad que estarían asociados a estilos de respuestas diferenciales. Una tercera forma de interpretar los datos centra su atención en una socialización diferencial según el sexo del individuo. De acuerdo con esto, las diferencias observadas entre hombres y mujeres en el bienestar psicológico, sería producto de una definición ambigua en torno al desempeño de los roles adscritos a la mujer. Al respecto, la cuarta hipótesis señala que existen diferencias en el contenido de los roles asignados a diversos trabajos que realizan las mujeres (Repetti y Crosby, 1984). El bajo estatus social, el aislamiento, la ausencia de recompensas y la difusividad del rol vinculado a una baja cualificación de las actividades asociadas a él, justificarían la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir deterioro en su bienestar psicológico.

Por otro lado, ha sido fuente de investigación psicológica los malos tratos a niños (físicos y sexuales), y se piensa que podrían estar relacionados con el riesgo elevado de sufrir depresión, especialmente en mujeres adultas. Las niñas sufren malos tratos con mayor frecuencia que los niños, siendo el maltrato un agente etiológico importante de la depresión.

(Álvaro, 1992).

b) Factores Microsociales : Estos factores participan como desencadenantes de problemas en la salud mental y explican la influencia de los factores macrosociales en los trastornos depresivos y ansiosos en particular. Estos son los sucesos de vida estresantes, el soporte social y las habilidades sociales de control del medio.

Investigaciones empíricas confirman la relación entre síntomas psicopatológicos y aparición de sucesos de vida estresantes. Según Krantz et al (1985), estos sucesos son percibidos como amenazas al bienestar físico o psicológico. Otro autor Thoits (1983), entiende por sucesos vitales, las experiencias objetivas de cambio vital, que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades normales del sujeto. Barrón (1992), señala que en la etiología de la depresión tiene gran importancia los eventos vitales estresantes, considerados como indeseables e irreparables.

Se ha demostrado en relación a la depresión, que son los sucesos incontrolables los que se encuentran estrechamente asociados a ella. Los eventos controlables producen trastornos psicológicos sólo cuando son inesperados. A modo de síntesis, “ hay una asociación entre sucesos severos - indeseables, incontrolables e imprevisibles, amenazantes de manera permanente- ‘aglomerados’ temporalmente y trastornos psicológicos - en particular depresivos” (Páez, 1986, pág. 84).

Los otros factores de vulnerabilidad de las clases sociales bajas y de las mujeres de sufrir deterioro en su bienestar psicológico, según Turner (1983) son los menores recursos sociales y soporte social que éstos tienen, para enfrentar los acontecimientos de vida estresantes.

Soporte social es definido por Turner (1983) como la percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es cuidado y amado, valorado y estimado, y que pertenece a una red social de derechos y obligaciones.

En relación a lo anterior, la carencia de contacto y de apoyo social de los individuos, se correlaciona positivamente con la aparición de sentimientos depresivos. Y se ha considerado como poseedor de elementos externos y/o amortiguadores" del estrés.

A partir de los años '70, crece el interés en el apoyo social y sus efectos sobre la salud y el bienestar. Las razones son las siguientes: a) Su papel en la etiología de trastornos y enfermedades ; b) Su importancia en programas de tratamiento y rehabilitación ; c) Muchos factores psicosociales afectan a la salud principalmente a través de su efecto de ruptura en las redes sociales.

Sarason et al. (1983), señala que la escasez de contacto y de apoyo social de los individuos favorece la aparición de síntomas depresivos. También han encontrado correlaciones importantes entre el número de contactos sociales y su nivel de satisfacción con trastorno psicológicos como la ansiedad y la depresión. Por otro lado, Turner (1983), menciona que el déficit de soporte social, es decir, amigos, compañeros y confidentes, se asocia con la presencia de sintomatología depresiva.

Billings y otros autores (1986) realizaron investigaciones que muestran que las personas con síntomas depresivos, poseen un menor soporte social y viven mayores situación de stress y tienen estilos menos directos de resolución de problemas.

c) Factores Psicológicos : Estos factores actúan como mediadores de la salud mental de los individuos.

La autoestima es un factor que explicaría el estado de salud mental de las personas. Algunos autores como Pearlin y Scholer (1982) señalan que existe una asociación negativa entre la autoestima con el nivel socioeconómico y el rol sexual. Este factor correspondería a la interiorización del soporte social. Cabe destacar que el elemento más importante es la existencia de relaciones con significados de apoyo, pudiendo ser de tipo emocional, informacional y material (Páez, 1986).

Barrón (1992) explica a través de dos hipótesis el efecto del apoyo social. Una de ellas hace referencia al efecto directo sobre el bienestar ; según esto existiría una relación inversamente proporcional, es decir, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y al contrario, a menor apoyo social mayor es la incidencia de deterioro en el bienestar psicológico, y esto resulta independiente de los sucesos vitales estresantes que vivencien los individuos La segunda hipótesis señala que el apoyo social tiene un efecto amortiguador de otros factores que influyen en el bienestar psicológico.

Páez, (1986) destaca que los sucesos negativos que resulten incontrolables e imprevisibles, se encuentran asociados a la depresión. Lo anterior se vincula con la capacidad percibida de ejercer control sobre el medio, al respecto Doherty (1983) señala, que los eventos negativos y tensiones permanente en los roles, pueden influir en una disminución del sentimiento de control, llevando al individuo a desvalorizarse ante los demás anulando a su vez, un procesamiento de información positiva de sí mismo.

En relación a lo anterior, una autoestima elevada unido a una percepción de capacidad de controlar el medio, disminuye el sentido amenazante de acontecimientos vitales no deseados. Por otro lado, esta capacidad de ejercer control junto a una evaluación positiva de sí mismo, se encuentra asociado al rol sexual y la clase social.

La mayor vulnerabilidad de las mujeres de clases populares de sufrir trastornos psicológicos pueden ser explicados, por una frecuencia mayor de sucesos de vida estresantes, bajo soporte social, estilos de enfrentamientos ineficaces, baja capacidad de control y autoestima, esto favorece el surgimiento de sentimientos depresivos.

3.5.2.1. Modelo de Salud Mental de Warr

El modelo de Warr está centrado en el estudio de los determinantes del medio social sobre la salud mental. En su modelo incluye las características personales de los individuos como, factores moderadores del impacto del medio sobre la salud mental. Este énfasis hace que la perspectiva adoptada por este autor tenga un carácter integrativo y claramente psicosocial.

Para Warr (1987), la salud mental tiene cinco componentes como son: el bienestar afectivo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Existirá deterioro del bienestar psicológico de una persona, si éstas dimensiones de la salud mental se encontraran en déficits.

Asimismo, considera que la salud mental es el resultado de las interacciones entre las características del medio, los procesos a los que dan lugar dichas características y ciertos atributos estables de personalidad.

Este modelo es presentado como una relación no lineal entre el ambiente y la salud mental, siendo las diferencias individuales los factores que moderan dicha relación. Además de las características personales que influyen en la salud mental, Warr (1987) menciona variables sociodemográficas como la edad, el género y el estatus socioeconómico, así como también, valores personales y habilidades intelectuales, psicomotoras y sociales.

La variable en estudio Bienestar Psicológico o equilibrio emocional, se relaciona con el concepto de Salud Mental desde una perspectiva psicosocial de Jahoda (1980), la salud mental positiva no es equivalente a la ausencia de enfermedad mental, ni un nivel bajo de salud mental implica necesariamente síntomas de deterioro psicológico. En este sentido, el deterioro psíquico sería entendido como una respuesta instrumental frente a una situación social. Por lo tanto, el Bienestar Psicológico será el “conjunto de conductas, actitudes y sentimientos que representan el nivel de afectividad, éxito y satisfacción de las personas” (Bank y otros 1980, pág 187; Álvaro 1982, pág 54).

A lo anteriormente señalado se puede agregar que, una buena capacidad de adaptación de un individuo permitiría un mayor nivel de bienestar, es decir, “la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho” (Barros, 1992). Este bienestar emerge en un contexto social en que la interacción permanente entre los individuos, permite satisfacer necesidades personales de cada uno. En la medida en que estas necesidades sean cubiertas durante toda la vida, favorece un adecuado desarrollo y mantención de la autoestima, interpretación y conductas realistas frente a los sucesos ambientales, logrando así satisfacción personal y social.

Warr (1987), señala que " en cualquier ambiente, el bienestar psicológico individual dependerá del grado en el que el entorno proporcione oportunidades de control, oportunidades para el uso de las capacidades personales, objetivos generados externamente, variedad, claridad ambiental, disponibilidad de recursos económicos, seguridad física, oportunidad para establecer contactos interpersonales y una posición social valorada" (Revista Psicosocial del Desempleo, 1996, pág. 134).

Cabe señalar que otro elemento esencial que determina el Bienestar Psicológico, es la capacidad de trabajo de los sujetos que según Warr (1984), al momento de perder el empleo se generan cambios debido a un proceso de transición y cambio de roles, que son definidos en función de su contenido y de sus resultados. En relación al contenido, cada rol contiene tareas, rutinas, posición social y un propio medio físico. Cuando se pierde el empleo este contenido se caracteriza por la disminución de los ingresos, menor número de tareas y rutina, reducción de relaciones sociales y una pérdida del lugar físico en que se llevaba a cabo el trabajo. Referente a los resultados de los cambios en los contenidos, hay una pérdida de control personal, mayor inestabilidad e incertidumbre, lo que requiere de un nuevo aprendizaje y reorientación.

El impacto psicológico causado por el desempleo, fue estudiado por Jahoda (1982-1987), quien plantea la Teoría de la Privación, donde el empleo es considerado como una institución social con una serie de funciones divididas en manifiestas y latentes, correspondiendo la primera al suministro de ingresos económicos al trabajador.

Dentro de las funciones latentes del empleo, se encuentra que éste impone una estructura temporal a la vida cotidiana; implica experiencias y contactos periódicos con personas ajenas al núcleo familiar; une al individuo con metas y propósitos que van más allá de los propios; define aspectos importantes del status personal y de la identidad y, finalmente empuja y ayuda al desarrollo de una actividad.

Según la autora, la única institución que entrega estas cinco funciones latentes es el trabajo, porque en la medida que estas categorías de experiencias se convierten en una necesidad psicológica en la vida social, los sujetos desempleados dejarán de poseerlas, a no ser que a través del esfuerzo, encuentren otra manera de satisfacerla (Jahoda, 1987).

Para esta teoría, las consecuencias reales derivadas del empleo son aplicables a todos los individuos, independientemente de las características cognitivas, afectivas y motivacionales que posean, porque el trabajo nutre y fortalece la experiencia y entrega conocimientos objetivos de la realidad inmediata, además de entregar experiencia de competencia y sentido de trascendencia a las metas individuales, las que se reflejan en las metas sociales (Jahoda, 1986).

Bajo la perspectiva de esta teoría, es que otros autores como Hayes y Nutman (1981), analizan las consecuencias del desempleo. Estos autores distinguen dos conceptos para entender el significado del trabajo. El primero de éstos apunta a las funciones del trabajo en la satisfacción de las necesidades personales como ingresos, actividad, creatividad, estructuración del tiempo, dominio e identidad. El segundo concepto, se refiere a las relaciones individuales y afectivas que se tienen hacia el trabajo, así como del significado que tiene para el sujeto cada una de sus funciones.

Warr (1982) hace una contribución al ampliar las funciones del trabajo, describiendo nueve características negativas que se unen a la situación de desempleo, y que explican el deterioro del bienestar psicológico de los sujetos, dichas características son las siguientes : Reducción del ingreso ; Restricción en la variedad de la vida personal; Reducción de las metas y actividades; Disminución de la capacidad para tomar decisiones; Menor desarrollo de los conocimientos y capacidades personales; Exposición a actividades que son psicológicamente desestabilizadoras; Aumento de la inseguridad acerca del futuro; Restricción de las relaciones interpersonales; Pérdida de la posición social, así como deterioro del autoconcepto y autovaloración.

Álvaro y otros autores han realizado investigaciones del Bienestar Psicológico a través de subvariables como medidas de salud mental, depresión, autoestima, satisfacción con la vida presente, tensión financiera, apoyo social, edad y género.

Una serie de estudios de Bienestar Psicológico han abordado la relación entre las características individuales, elección y satisfacción con las actividades extra-laborales, en sujetos que se encuentran retirados o desempleados. También se ha evaluado, la relación entre la salud mental y física y el bienestar psicológico en las personas desempleadas.

Autores como Banks, Clegg y Jackson (1982), midieron la Salud Mental con el G.H.Q., entre un grupo de ingenieros recién egresados y hombres desempleados. Los resultados obtenidos indicaron que, los desempleados tenían un mayor deterioro de la salud mental que los recién egresados.

Furnhan (1983), evaluó la salud mental de cinco grupos de sujetos con distintos status de empleo que corresponden a, empleados de tiempo completo, de tiempo parcial, desempleados, retirados y estudiantes. En los resultados no hubo diferencias por edad ni sexo, pero sí se encontró una diferencia significativa en la puntuación total entre los grupos; presentando mejor adaptación (puntajes más bajos) los empleados de tiempo completo. Los que tenían puntajes más altos, fueron los desempleados y los trabajadores de tiempo parcial.

Hepworth (1980), investigó factores que influyen en la relación entre desempleo y salud mental. Se encontró una relación inversamente proporcional entre la duración del desempleo y el bienestar psicológico. También observó que los sujetos que poseen menor status ocupacional, presentan mayor desajuste psicológico en comparación con sujetos con mayor status laboral.

Tiffany y Cowan (1970), compararon dos grupos, uno con trabajo y otro sin él. Como conclusiones se obtuvo que los desempleados tienen menor autoestima, menor confianza en sí mismos, mayor ansiedad, se sienten menos deseables y más deprimidos, que el grupo ocupado laboralmente.

Burke (1984), estudió el bienestar de 177 personas, un año cuatro meses después de haber perdido sus trabajos. Se obtuvo que aquellos que habían encontrado un empleo temporal y mal pagado, presentaban menor satisfacción con la vida.

A lo anteriormente señalado se suma la relación que existe entre Bienestar Psicológico y satisfacción actual, la que disminuye cuando se pierde el empleo, por lo tanto, la situación de desempleo está asociada a "una mayor insatisfacción con la forma en que se organiza y estructura el tiempo y las actividades diarias (...) porque el desempleo o el valor asociado al trabajo condicionan el bienestar psicológico de las personas (...) pues en las sociedades occidentales contemporáneas, estar empleado o desempleado constituye una de esas variables que condicionan la vida diaria de sus ciudadanos". (Jahoda, 1982, pág. 74).

A continuación se presentará algunos estudios acerca del Bienestar Psicológico relacionado con satisfacción actual.

Según el estudio de Hardin, Phillips y Fogerty (1986), realizado con trabajadores empleados, de distintas profesiones se concluyó que cualquiera sea la profesión, los sujetos desempleados mostraban un menor nivel de bienestar psicológico, y una menor satisfacción con su vida actual.

Miles (1983a,b), realiza un estudio transversal en 300 hombres adultos desempleados y 100 sujetos con empleo, donde obtiene diferencias significativas con la satisfacción actual, siendo los desempleados los que declaran poseer mayor insatisfacción.

Warr (1978) compara a trabajadores metalúrgicos desempleados por más de 6 meses, con trabajadores empleados, obteniendo diferencias significativas en el nivel de satisfacción actual. Esto se confirma en estudios posteriores de O' Brien y Kabanoff (1979), así como en los de Feather y O' Brien en 1986.

Los estudios anteriores vinculan Bienestar Psicológico con Salud Mental y Satisfacción Actual en personas desempleadas. Cabe hacer notar la diferencia entre desempleo y jubilación, a pesar de ambos tienen la característica común de no estar empleado, se ha observado que los jubilados son "más felices". Es decir, existe diferencia en el grado de bienestar psicológico porque la jubilación es un estado aceptado y honorable, a diferencia del desempleo. La jubilación se ve como un premio a toda una vida dedicada al trabajo, mientras que el desempleo tiene connotaciones de fracaso, no es voluntario, y es un modo de vivir a costa ajena y de la caridad. (Personalidad y Diferencias Individuales en el Trabajo, 1996).

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo exploratoria descriptiva y el diseño es no experimental de tipo transeccional o transversal ; el objetivo es examinar una temática escasamente abordada y en este estudio se plantea conocer el Bienestar Psicológico de una muestra de adultos mayores jubilados que participan en la Oficina del Adulto Mayor de Valparaíso. En esta investigación no existe manipulación de las variables en donde se observa la realidad tal cual se presenta y la medición se realiza por única vez, lo que permite concluir sólo en relación a los sujetos en estudio.

4.2. MUESTRA

El estudio se realizó en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso. Dentro de las múltiples actividades que realiza esta Institución se encuentran diversos talleres orientados al desarrollo de habilidades y potencialidades de las personas de tercera edad; de esta población cautiva fue seleccionada la muestra para el presente estudio, compuesta por un total de 60 personas de ambos sexos, 30 hombres y 30 mujeres.

La muestra es de tipo no probabilística (intencionada), porque no todos los sujetos adultos mayores tenían la misma probabilidad de ser elegido. Los criterios acordados fueron el rango de edad de las personas (entre 60 y 70 años de edad) y en la actualidad encontrarse laboralmente inactivos (jubilados).

Se estableció además como criterio de exclusión, que los adultos mayores no estuviesen participando de los talleres que estaban siendo implementados en la Institución por las examinadoras, como “Desarrollo Personal” y “Descubriéndome en la Tercera Edad”, para evitar sesgos al respecto.

Para conformar la muestra se realizaron dos pasos :

1°. Se consultó a la Coordinadora de la Oficina del Adulto Mayor la factibilidad de seleccionar la muestra entre los asistentes a la Oficina. Cabe consignar que existía acercamiento con la Institución, por haber realizado ambas examinadoras la práctica profesional de la carrera y estar trabajando como Monitora de Taller.

2°. Después de recibir una respuesta positiva se revisaron los registros de las personas que estaban asistiendo a la Oficina Comunal del Adulto Mayor, para sondear posibles integrantes de la muestra. Las personas que cumplían con los requisitos establecidos fueron llamadas por teléfono, oportunidad en que se les conversó y explicó los objetivos del estudio, indagando al mismo tiempo su disposición a participar en esta investigación.

4.3. PROCEDIMIENTO

Las personas adultas mayores contactadas y que aceptaron participar en el estudio fueron citadas por las examinadoras a una entrevista para hacerle entrega de los instrumentos de evaluación, acordando una fecha de entrega de las pruebas contestadas.

En los primeros cuatro casos las pruebas fueron autoadministradas, observándose Test incompletos e inconsistentes, tal situación hizo cambiar de estrategia y dejar fuera de la muestra a tales sujetos.

Luego se aplicaron las pruebas en un contexto de entrevista a cinco personas, para pilotear la batería y de esta manera estimar el tiempo necesario y la dificultad percibida para responder las pruebas.

En términos generales los adultos mayores demoraban entre 15 a 20 minutos en contestar las preguntas. Cabe hacer notar que en su mayoría las entrevistas se extendían hasta 60 minutos y en su transcurso se evidenciaba gran interés en los entrevistados, de continuar la interacción con las examinadoras.

El único instrumento en que se observó problemas para su comprensión fue el de Autoestima. Esta prueba se compone de dos tipos de afirmaciones, positivas / negativas y la mayor dificultad se evidenció en responder estas últimas. A raíz de tal situación se entregó instrucciones adicionales para este test. Se comenzaba diciendo que la prueba tenía 5 posibilidades de respuesta, significando la alternativa (1) estar “Totalmente en desacuerdo” con la afirmación y (5) “Totalmente de acuerdo” con ella. Y cada pregunta se hacía de la siguiente manera “¿Está Ud de acuerdo o en desacuerdo con?”. Luego de la respuesta se le volvía a preguntar al respecto “¿ En qué grado está de acuerdo/ en desacuerdo con....., en una escala de 3 a 1 en desacuerdo y de 3 a 5 de acuerdo”. Siendo el 3 el término medio “más o menos de acuerdo/desacuerdo”. De esta manera disminuyó la dificultad para la muestra en responder esta prueba.

4.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La batería de prueba estuvo compuesta por los siguientes instrumentos :

1.- **General Health Questionnaire (G.H.Q)** : el cual se empleó para medir Salud Mental. El test originalmente estaba formado por 60 ítems, los que fueron reelaborados, hasta

quedar con 12 preguntas, las que incluyen la frecuencia con que recientemente las personas han sentido determinados síntomas.

La corrección de la puntuación es a través del método Likert, con puntos que van de 0 a 3, obteniendo mayor salud mental, cuando hay menor puntaje, y vice versa.

Las propiedades psicométricas fueron obtenidas a partir de tres investigaciones con muestras diferentes.

La validez ha sido demostrada al asociarse esta prueba con evaluaciones clínicas independientes (Bankes y cols, 1980), así como presentar índices altos de sensibilidad y especificidad. Mientras que la consistencia interna obtuvo valores entre 0.82 y 0.90, a través del coeficiente alfa de Crombach (1951).

2.- Escala de Rosenberg : Esta escala mide Autoestima de tipo bifactorial, compuesta por dos subescalas, una que mide la autoestima positiva, y la otra la autoestima negativa. Ambas son corregidas con puntajes que van desde 1 hasta 5. A mayor puntaje en cada una de ellas, mayor autoestima positiva.

En relación a aspectos psicométricos, en el alfa de Crombach (1951), la consistencia interna fue de 0.70 para la escala de autoestima positiva y, de 0.74 para la autoestima negativa.

La correlación entre los ítems del primer factor variaron entre 0.40 y 0.84, mientras que los ítems del segundo factor poseían una correlación entre 0.66 y 0.78

3. Inventario de Depresión de Beck : Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (I.D.B), creado por el autor del mismo nombre.

La puntuación va de 0 a 3 puntos, la escala refleja el grado de severidad del síntoma, que va desde ausencia a expresión máxima. Cuando los resultados son altos, existe una mayor sintomatología depresiva.

Este cuestionario posee las siguientes características psicométricas :

La confiabilidad se divide en consistencia Interna y Estabilidad. Se entiende por la primera para la población psiquiátrica de 0.86 y para la no psiquiátrica de 0.81. Para medir la segunda, se usó el método test re-test, cuyos resultados indican que los rangos del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson fluctuaron entre 0.48 y 0.86 para pacientes psiquiátricos, mientras que para sujetos no psiquiátricos oscilaron entre 0.60 y 0.63.

Esta prueba posee una validez de constructo, que detecta relaciones positivas entre las variables conductuales, cognitivas y fisiológicas que son indicadores de depresión. Al respecto se ha observado que existe una variedad de sintomatología médica como las cefaleas, conducta suicida, estrés y pensamientos depresivos, que se relaciona positivamente con la depresión medida por el I.D.B.

4. Items de Satisfacción Actual: Se utilizó una sola pregunta que con frecuencia se emplea en estudios sobre "Calidad de Vida".

Las respuestas se puntúan según una escala de 10 puntos, siendo el 10 y 1 los extremos opuestos de satisfacción presentada por los sujetos ; entonces a mayor puntaje, mayor satisfacción.

La media obtenida es de 6, con una desviación típica de 2.5.

4.5. VARIABLE EN ESTUDIO

4.5.1. Definición de la Variable Dependiente

BIENESTAR PSICOLÓGICO		
DIMENSIONES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
SALUD MENTAL	Sentimiento de bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración y la presencia de “trastornos psíquicos menores de carácter no psicótico” (Golberg, 1978).	Resultado obtenido en el General Health Questionnaire de Golberg (G.H.Q).
AUTOESTIMA	Sentimiento de capacidad personal e imagen o autoevaluación positiva de sí mismo.	Resultado obtenido en la Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada por Bachman y O'Malley (1977).
DEPRESIÓN	Desorden afectivo caracterizado por “Una visión negativa (...) en la forma de pensar o de estructurar la realidad”. (Beck, 1994).	Resultado obtenido en el Inventario de Depresión de Beck (1979).
SATISFACCIÓN ACTUAL	Grado de bienestar subjetivo con la vida personal.	Respuesta obtenida en el ítem “Grado de Satisfacción con su vida personal” (Álvaro, 1990).

4.5.2. Variables Independientes

En esta investigación se considera las siguientes variables independientes : Sexo (hombre, mujer); Estado civil (casado, viudo, soltero, separado, conviviente); Con quien vive (con pareja, solo, familiares, otros).

CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra será caracterizada de acuerdo a las **Variables Independientes** establecidas para este estudio, según distribución por sexo, estado civil y con quien viven.

Tabla 1. Distribución por Sexo

SEXO	Nº	%
MUJER	30	50,0
HOMBRE	30	50,0
TOTAL	60	100,0

La muestra estuvo compuesta por 60 adultos mayores en edades entre 60 - 70 años, dividida en porcentajes iguales 50,0% hombres y 50,0% mujeres (Tabla 1).

Tabla 2. Distribución por Sexo / Estado Civil

ESTADO CIVIL	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CASADO	12	20,0	21	35,0	33	55,0
VIUDO	11	18,3	3	5,0	14	23,3
SOLTERO	3	5,0	0	0,0	3	5,0
SEPARADO	3	5,0	4	6,7	7	11,7
CONVIVIENTE	1	1,7	2	3,3	3	5,0
TOTAL	30	50,0	30	50,0	60	100,0

El 55,0% de la muestra está casada y el 23,3% viuda. De las personas casadas el 35,0% son hombres y el 20,0% son mujeres. El 18,3 % de la muestra que está viuda corresponde a mujeres y el 5,0% a hombres (Tabla 2).

Tabla 3. Distribución de las diferencias por Sexo / Estado Civil

ESTADO CIVIL	MUJER		HOMBRE	
	Nº	%	Nº	%
CASADO	12	40,0	21	70,0
VIUDO	11	36,6	3	10,0
SOLTERO	3	10,0	0	0,0
SEPARADO	3	10,0	4	13,3
CONVIVIENTE	1	3,4	2	6,7
TOTAL	30	100,0	30	100,0

El estado civil según el sexo se observa que, el 40,0% de la mujeres está casada y el 36,6% viuda, mientras que el 70,0% de los hombres se encuentra casado y el 10,0% viudo (Tabla 3).

Tabla 4. Distribución por Sexo / Con quien vive

VIVE CON	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SOLO	4	6,7	3	5,0	7	11,7
CON PAREJA	23	38,3	23	38,3	46	76,7
FAMILIARES	2	3,3	4	6,7	6	10,0
OTROS	1	1,7	0	0,0	1	1,7
TOTAL	30	50,0	30	50,0	60	100,0

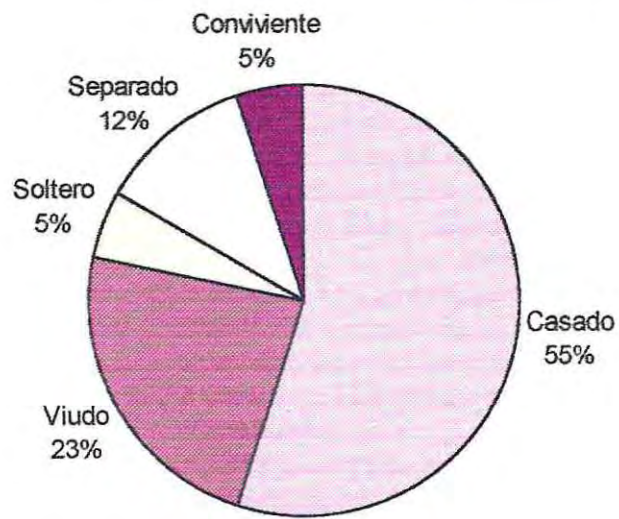
El 76,6% de la muestra vive con pareja, mientras que el 11,7% vive sola. En cuanto a la distribución por sexo no presenta diferencias significativas (Tabla 4).

Tabla 5. Distribución de las diferencias por Sexo / Con quien vive

VIVE CON	MUJER		HOMBRE	
	Nº	%	Nº	%
SOLO	4	13,3	3	10,0
CON PAREJA	23	76,7	23	76,7
FAMILIARES	2	6,7	4	13,3
OTROS	1	3,3	0	0,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Se observa que el 76,7% de los hombres y de las mujeres viven con pareja. El 13,3% de las mujeres vive sola, mientras que el 13,3% de los hombres vive con familiares (Tabla 5).

Distribución de la muestra según el Estado Civil



Distribución de la muestra según con quién vive

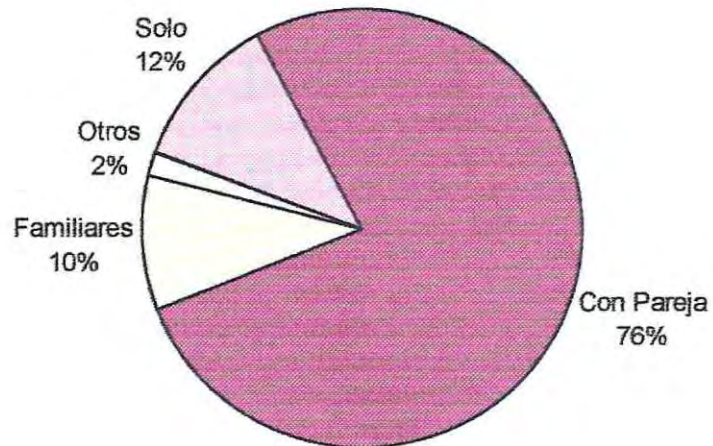
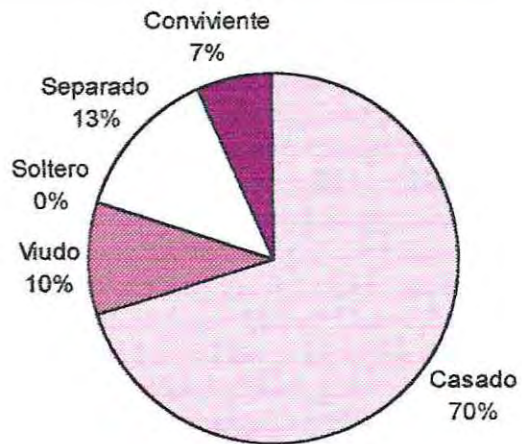


Tabla 6. Distribución según Sexo / Estado Civil / Con quien vive

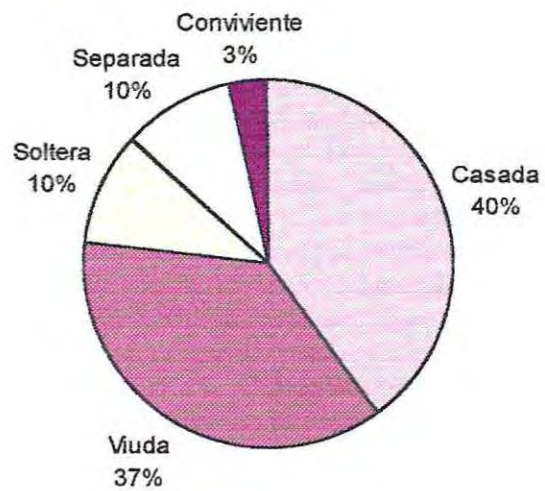
SEXO	VIVE CON	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	SOLO	0	0,0	1	1,7	1	1,7	2	3,3	0	0,0	4	6,7
	CON PAREJA	12	20,0	7	11,7	2	3,3	1	1,7	1	1,7	23	38,3
	FAMILIARES	0	0,0	2	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3
	OTROS	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
	SUB-TOTAL	12	20,0	11	18,3	3	5,0	3	5,0	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	SOLO	0	0,0	2	3,3	1	1,7	0	0,0	0	0,0	3	5,0
	CON PAREJA	21	35,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	0	0,0	23	38,3
	FAMILIARES	0	0,0	1	1,7	3	5,0	0	0,0	0	0,0	4	6,7
	OTROS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	SUB-TOTAL	21	35,0	3	5,0	4	6,7	2	3,3	0	0,0	30	50,0

Según Tabla 4, el 76,3% de la muestra que vive en pareja, el 38,3% son mujeres, las cuales el 20,0% está casada, el 11,7% está viuda, el 3,3% soltera y 3,4% entre separados y convivientes. Del 38,3% de los hombres que viven en pareja, el 35% está casado y el 3,3% separado (Tabla 6).

Distribución de los Hombres de la muestra según Estado Civil



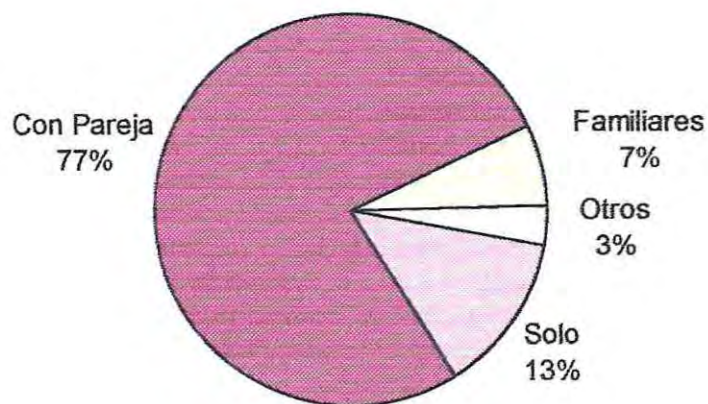
Distribución de las Mujeres de la muestra según Estado Civil



Distribución de los Hombres de la muestra según con quien vive



Distribución de las Mujeres de la muestra según con quien vive



5.2. PRESENTACIÓN DE LA VARIABLE EN ESTUDIO

A continuación se presentan los resultados de la **Variable Dependiente** Bienestar Psicológico, estudiada a través de las siguientes subvariables o dimensiones : Salud Mental, Autoestima, Depresión y Satisfacción Actual.

Tabla 7. Distribución por Salud Mental /Sexo

SALUD MENTAL	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EQUILIBRIO EMOCIONAL	21	35,0	25	41,7	46	76,7
INESTABILIDAD	9	15,0	5	8,3	14	23,3
DESEQUILIBRIO EMOCIONAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	30	50,0	30	50,0	60	50,0

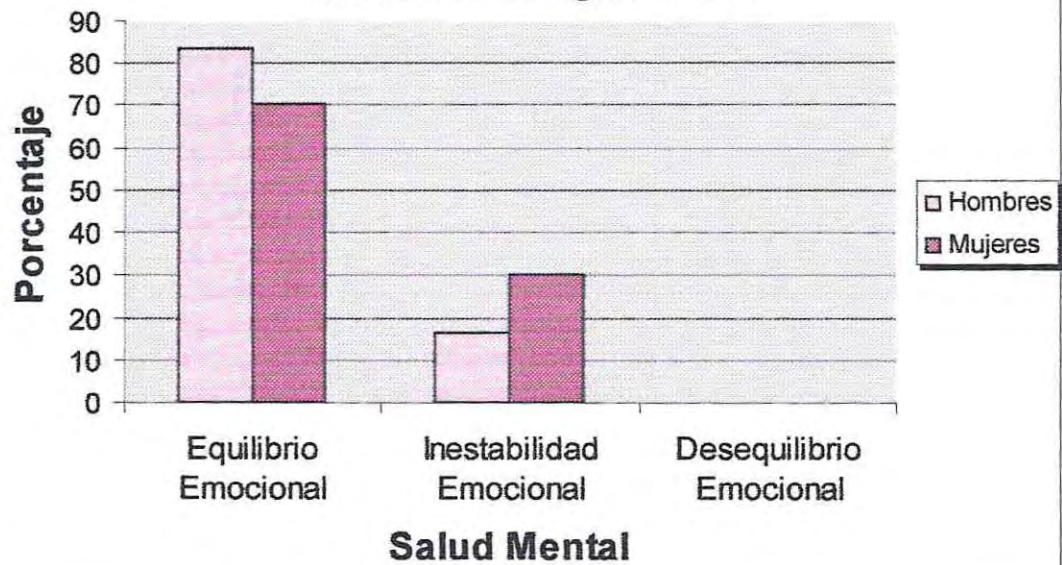
Se observa el 76,7 % de la muestra presenta equilibrio emocional, distribuidas en 35,0% en mujeres y 41,7 % hombres. El 23,3 % presenta inestabilidad emocional, siendo mujeres el 15,0 % , hombres el 8,3 % (Tabla 7).

Tabla 8. Distribución Autoestima / Sexo

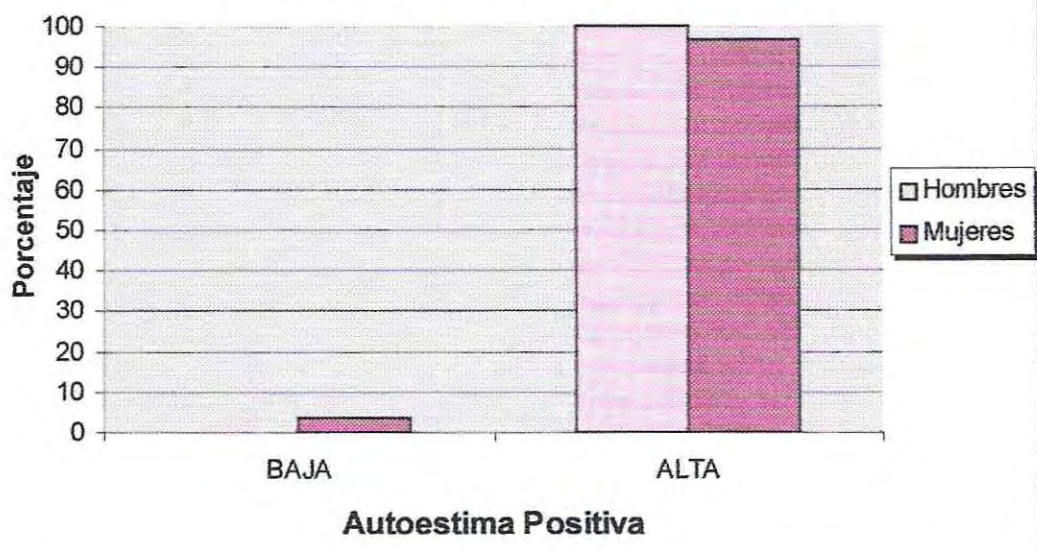
AUTOESTIMA		MUJER		HOMBRE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
POSITIVA	BAJA	1	1,7	0	0,0	1	3,4
	ALTA	29	48,3	30	50	59	98,3
	TOTAL	30	50,0	30	50,0	60	100,0
NEGATIVA	BAJA	23	38,3	22	36,6	45	75
	ALTA	7	11,7	8	13,4	15	25
	TOTAL	30	50,0	30	50,0	60	100,0

El 98,3 % de la muestra presenta autoestima positiva alta, del cual el 48,3 % corresponde a mujeres y el 50,0 % a hombres. El 75,0 % del total presenta autoestima negativa baja, siendo el 38,3 % y 36,6 % en mujeres y hombres respectivamente (Tabla 8).

Distribución porcentual de la muestra para la Salud mental según Sexo



Distribución porcentual de la muestra para Autoestima Positiva según Sexo



Distribución porcentual de la muestra para Autoestima Negativa según Sexo

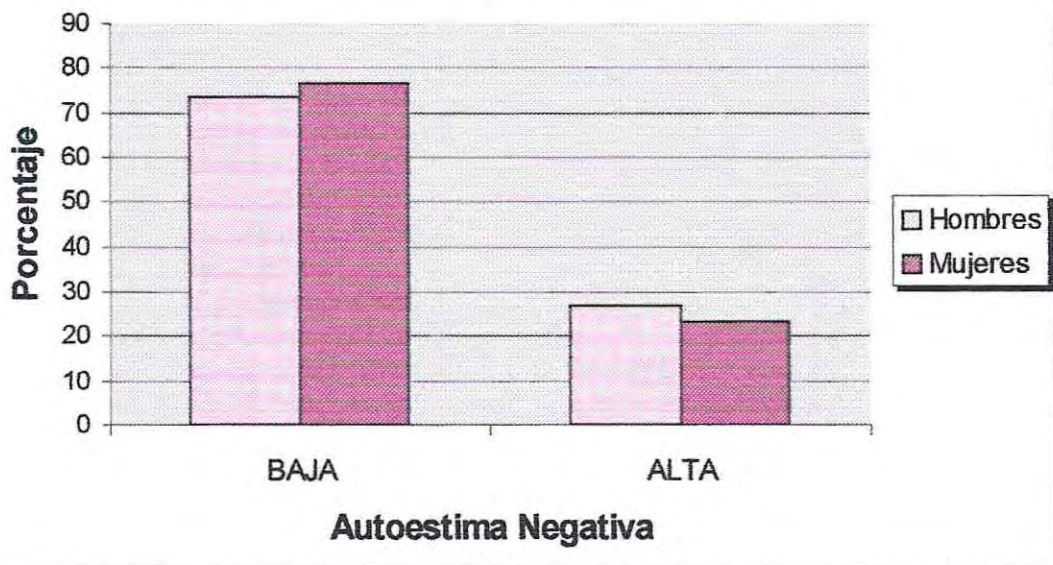


Tabla 9. Distribución Depresión /Sexo

DEPRESION	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NINGUNA	14	23,3	22	36,7	36	60,0
LEVE	12	20,0	6	10,0	18	30,0
MODERADA	4	6,7	1	1,7	5	8,3
SEVERA	0	0,0	1	1,7	1	1,7
TOTAL	30	50,0	30	50,0	60	100,0

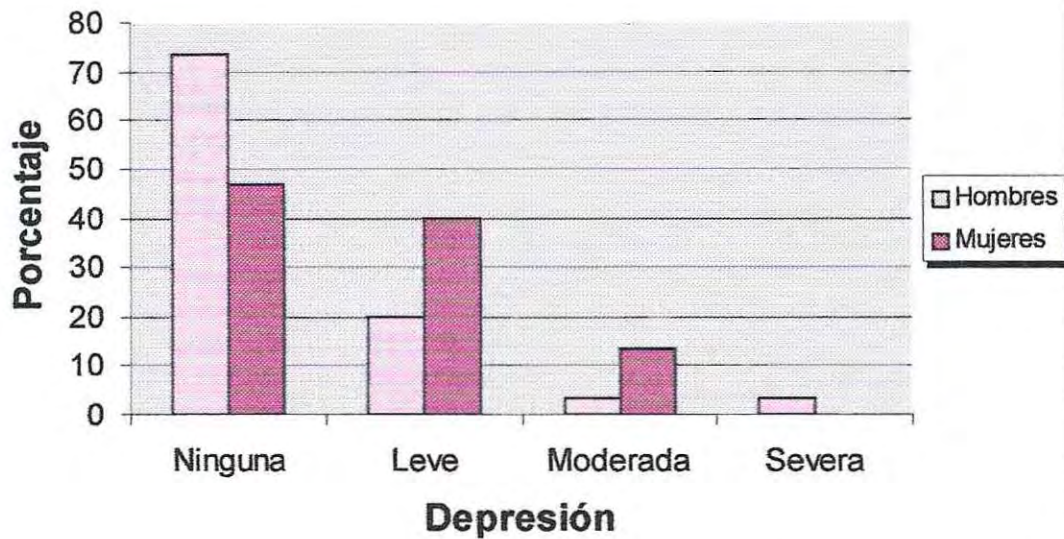
El 60,0% de la muestra no presenta depresión, del cual 23,3 % son mujeres y el 36,7 % son hombres. El 30,0 % muestra depresión leve, siendo en las mujeres el 20,0 % y en los hombres el 10,0 %. En depresión moderada se evidencia un 8,3 %, del cual el 6,7 % y 1,7 % corresponde a mujeres y hombres respectivamente (Tabla 9).

Tabla 10. Distribución Satisfacción Actual / Sexo

S. ACTUAL	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
MODERADA	9	15,0	11	18,3	20	33,3
ALTA	21	35,0	19	31,7	40	66,7
TOTAL	30	50,0	30	50,0	60	100,0

Se observa que el 66,7 % presenta un grado alto de satisfacción con la vida presente, el cual se distribuye en 35,0 % mujeres y el 31,7 % hombres. El 33,3 % del total muestra una satisfacción moderada, correspondiendo al 18,3% a hombres y 15,0 % a mujeres (Tabla 10).

Distribución porcentual de la muestra para la Depresión según Sexo



Distribución porcentual de la muestra para la Satisfacción actual según Sexo

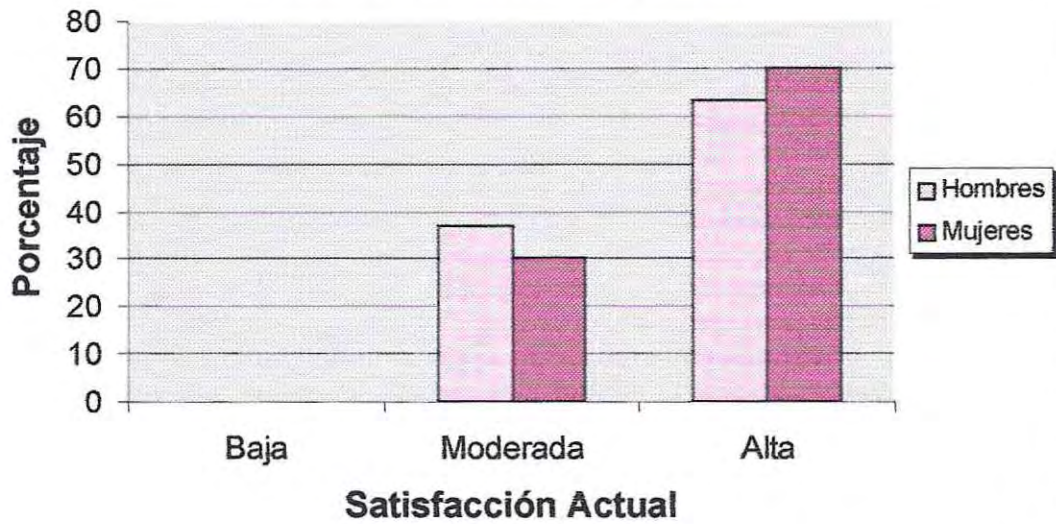


Tabla 11. Distribución Salud Mental / Sexo / Estado Civil

SEXO	S. MENTAL	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	EQUILIBRIO EMOCIONAL	8	13,3	8	13,3	3	5,0	1	1,7	1	1,7	21	35,0
	INESTABILIDAD	4	6,7	3	5,0	0	0,0	2	3,3	0	0,0	9	15
	DESEQUILIBRIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	SUB-TOTAL	12	20,0	11	18,3	3	5,0	3	5,0	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	EQUILIBRIO EMOCIONAL	18	30,0	3	5,0	0	0,0	2	3,3	2	3,3	25	41,7
	INESTABILIDAD	3	5,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	0	0,0	5	8,3
	DESEQUILIBRIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	SUB-TOTAL	21	35,0	3	5,0	0	0,0	4	6,7	2	3,3	30	50,0
	TOTAL	33	55,0	14	23,3	3	5	7	11,7	3	5	60	100,0

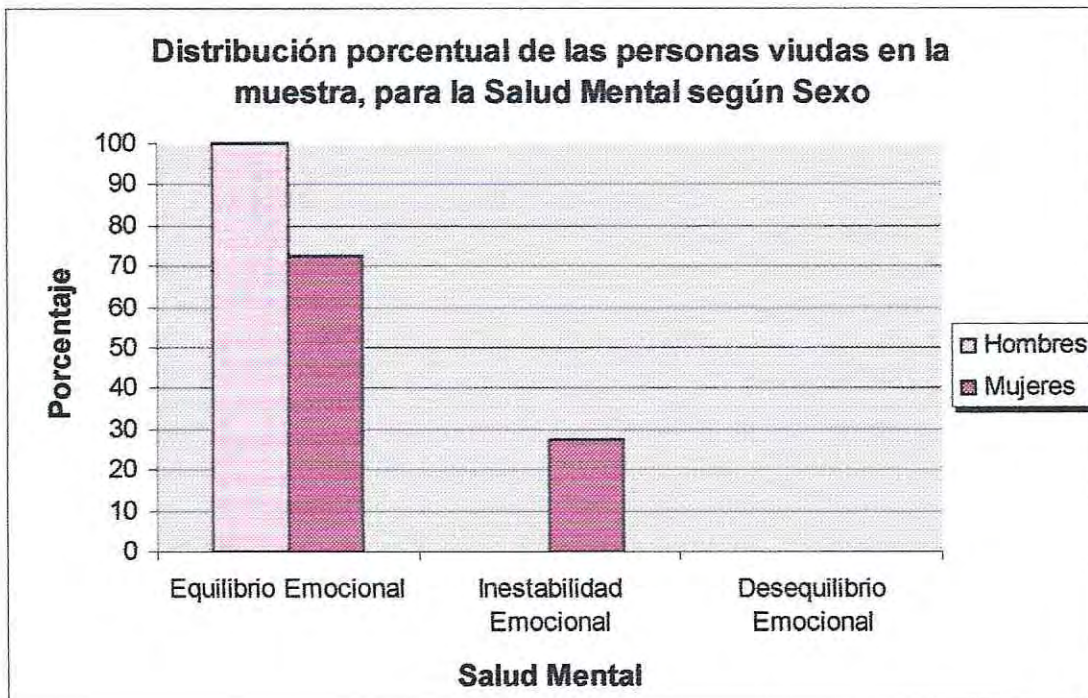
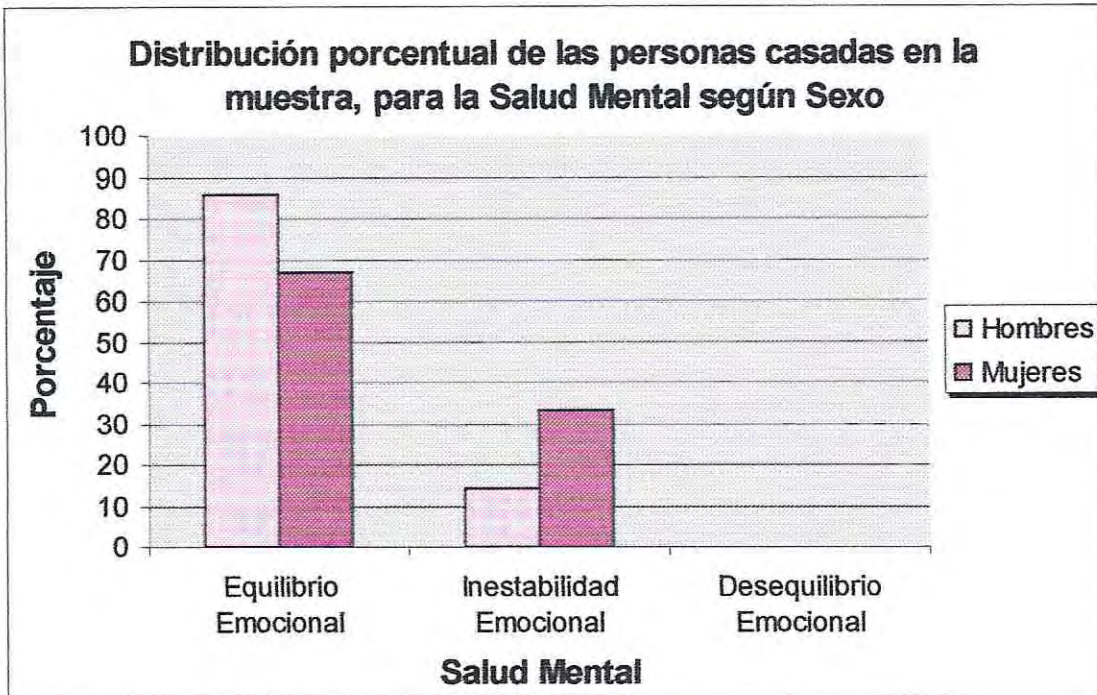
Se observa que el 35,0 % y el 41,7 %, mujeres y hombres respectivamente tienen un equilibrio emocional ; su distribución en las mujeres el 13,3 % están casadas y el 13,3% están viudas, mientras que en los hombres el 30,0 % están casados y el 5,0% viudos.

También se observa que el 15,0% de la muestra son mujeres que presentan inestabilidad emocional y 8,3 son hombres (Tabla 11).

Tabla 12. Distribución Salud Mental / Sexo / Con quien vive

SEXO	SALUD MENTAL	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	EQUILIBRIO EMOCIONAL	2	3,3	16	26,7	2	3,3	1	1,7	21	35,0
	INESTABILIDAD	2	3,3	7	11,7	0	0,0	0	0,0	9	15,0
	DESEQUILIBRIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	SUB-TOTAL	4	6,7	23	38,3	2	3,3	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	EQUILIBRIO EMOCIONAL	2	3,3	20	33,3	3	5,0	0	0,0	25	41,7
	INESTABILIDAD	1	1,7	3	5,0	1	1,7	0	0,0	5	8,4
	DESEQUILIBRIO EMOCIONAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	SUB-TOTAL	3	5,0	23	38,3	4	6,7	0	0,0	30	50
	TOTAL	7	11,7	46	76,7	6	10	1	1,7	60	100,0

El 35,0% y el 41,7% de la muestra compuesta por mujeres y hombres respectivamente, presentan equilibrio emocional, siendo el 26,7 % y 33,3 mujeres y hombres que viven con pareja (Tabla 12).



Distribución porcentual de las personas que viven con pareja en la muestra, para la Salud Mental según Sexo



Distribución porcentual de las personas que viven solas en la muestra, para la Salud Mental según Sexo

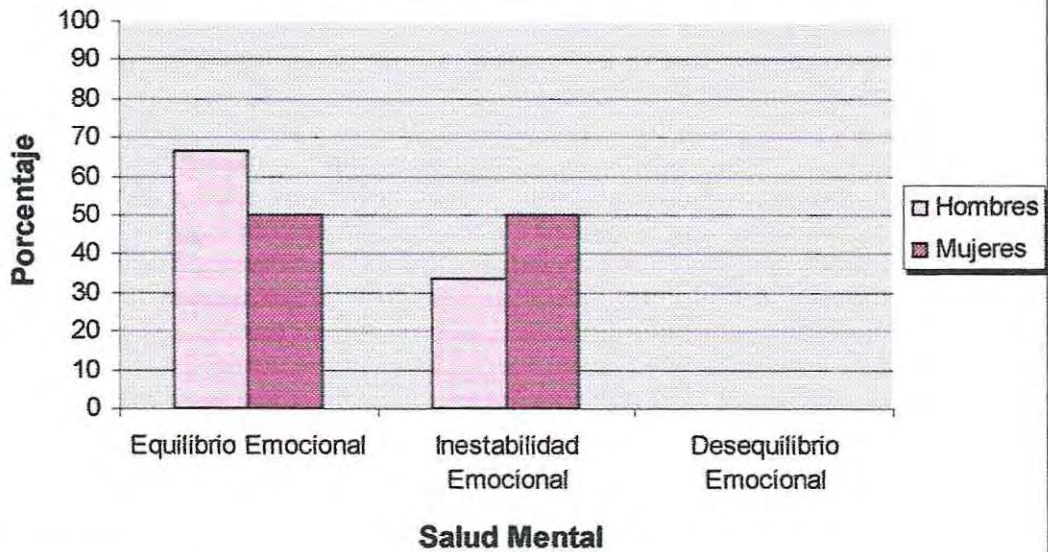


Tabla 13. Distribución Autoestima Positiva / Sexo / Estado civil

SEXO	AUTOESTIMA	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
	ALTA	12	20,0	11	18,3	3	5,0	2	3,3	1	1,7	29	48,3
	SUB-TOTAL	12	20,0	11	18,3	3	5,0	3	5,0	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	ALTA	21	35,0	3	5,0	0	0,0	4	6,3	2	3,3	30	50,0
	SUB-TOTAL	21	35,0	3	5,0	0	0,0	4	6,3	2	3,3	30	50,0
TOTAL		33	55,0	14	23,3	3	5,0	7	11,6	3	5,0	60	100,0

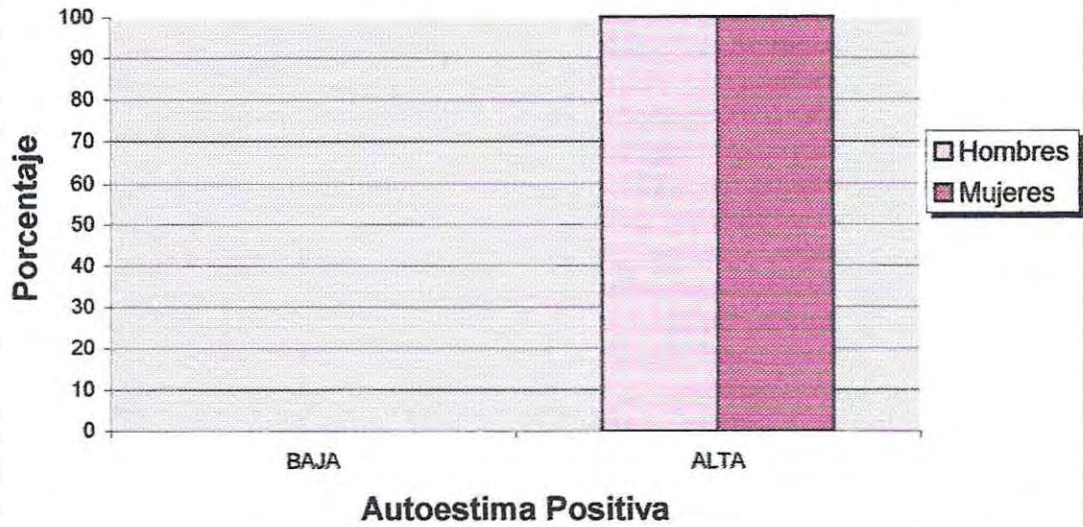
El 48,3 % de la muestra corresponde a mujeres que tienen autoestima positiva alta y el 20,0 % de ellas están casadas. Mientras que los hombres representan el 50,0 % de la muestra con autoestima positiva alta, de ellos el 35,0 % están casados (Tabla 13).

Tabla 14. Distribución Autoestima Negativa /Sexo / Estado Civil

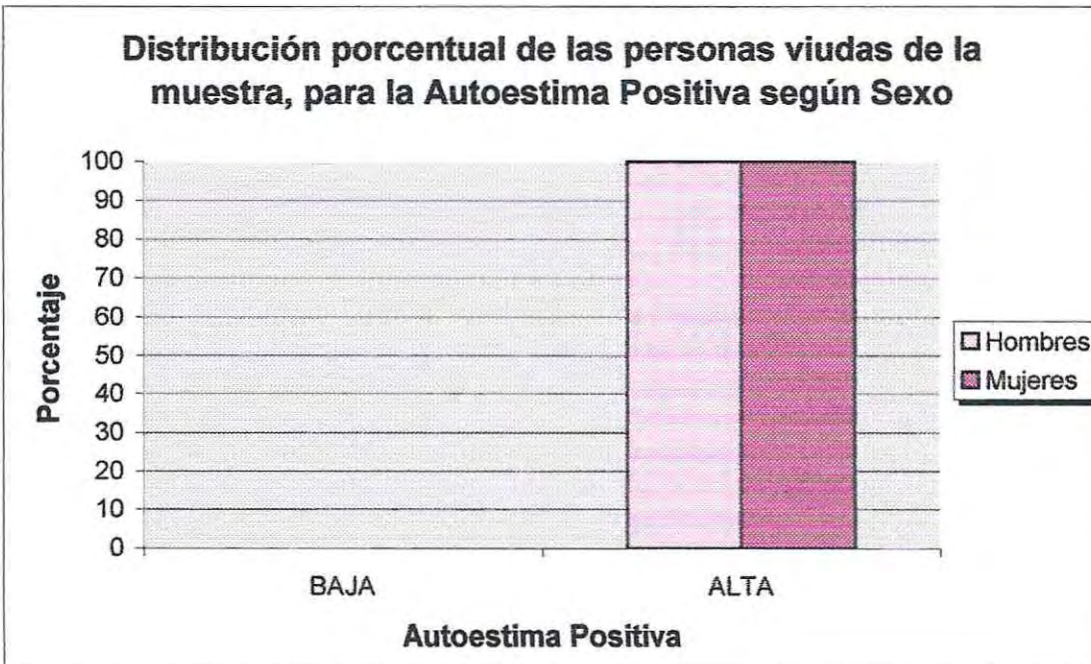
SEXO	AUTOESTIMA	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	BAJA	11	18,3	8	13,3	2	3,3	1	1,7	0	0,0	22	36,7
	ALTA	1	1,7	3	5,0	1	1,7	2	3,3	1	1,7	8	13,3
	SUB-TOTAL	12	20,0	11	18,3	3	5,0	3	5,0	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	BAJA	16	26,7	3	5,0	0	0,0	3	5,0	1	1,7	23	38,3
	ALTA	5	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7	7	11,7
	SUB-TOTAL	21	35,0	3	5,0	0	0,0	4	6,7	2	3,4	30	50,0
TOTAL		33	55,0	14	23,3	3	5,0	7	11,6	3	5,0	60	100,0

De la muestra el 38,3 % corresponde a hombres y el 36,7% a mujeres con autoestima negativa baja. El 13,3% y el 11,7 % de la muestra presenta autoestima negativa alta, correspondientes a mujeres y hombres (Tabla 14).

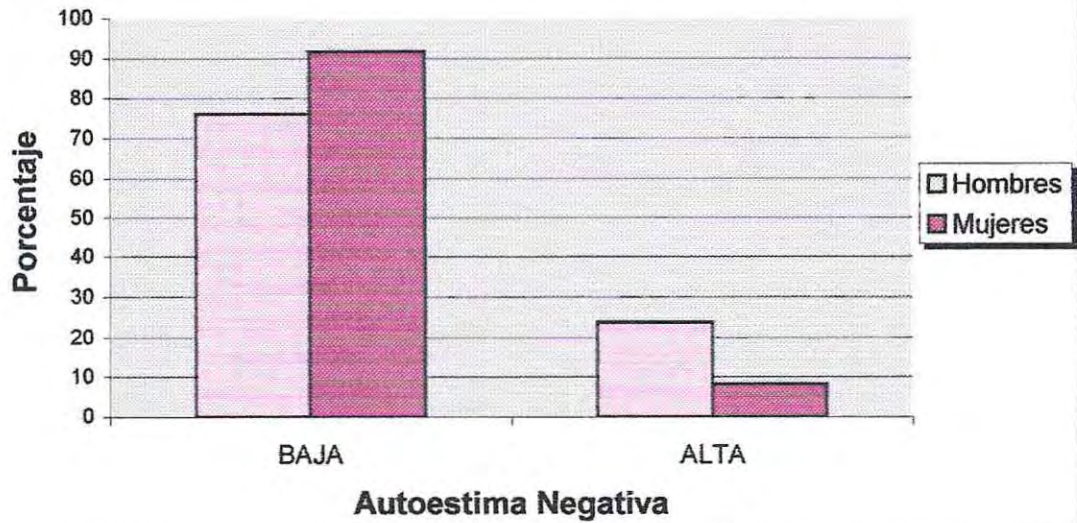
Distribución porcentual de las personas casadas de la muestra, para la Autoestima Positiva según Sexo



Distribución porcentual de las personas viudas de la muestra, para la Autoestima Positiva según Sexo



Distribución porcentual de las personas casadas de la muestra, para la Autoestima Negativa según Sexo



Distribución porcentual de las personas viudas de la muestra, para la Autoestima Negativa según Sexo

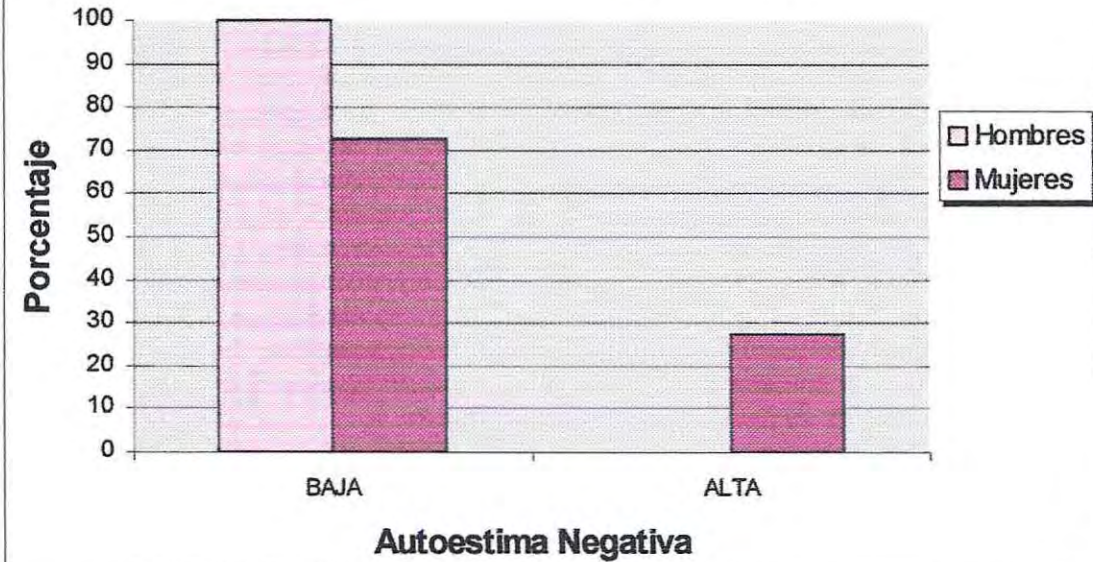


Tabla 15. Distribución Autoestima Positiva / Sexo / Con quien vive

SEXO	AUTOESTIMA	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	BAJA	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
	ALTA	3	5,0	23	38,3	2	3,3	1	1,7	29	48,3
	SUB-TOTAL	4	6,7	23	38,3	2	3,3	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	ALTA	3	5,0	23	38,3	4	6,7	0	0,0	30	50,0
	SUB-TOTAL	3	5,0	23	38,3	4	6,7	0	0,0	30	50,0
TOTAL		7	10,0	46,0	76,7	6	10,0	1	1,7	60	100,0

El 50,0% muestra autoestima positiva alta, los cuales son hombres que viven con pareja el 38,3% y con familiares el 6,7%. De la muestra se observa que el 48,3%, corresponde a mujeres que tienen autoestima positiva alta, el 38,3 vive en pareja, el 5,0% sola (Tabla 15).

Tabla 16. Distribución Autoestima Negativa / Sexo / Con quien vive

SEXO	AUTOESTIMA	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	BAJA	1	1,7	20	33,3	1	1,7	1	1,7	23	38,3
	ALTA	3	5,0	3	5,0	1	1,7	0	0,0	7	11,7
	SUB-TOTAL	4	6,7	23	38,3	2	3,4	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	BAJA	2	3,3	16	26,7	4	6,7	0	0,0	22	36,7
	ALTA	1	1,7	7	11,7	0	0,0	0	0,0	8	13,3
	SUB-TOTAL	3	5,0	23	38,4	4	6,7	0	0,0	30	50,0
TOTAL		7	11,7	46	76,7	6	10,1	1	1,7	60	100,0

El 38,3% del total corresponde a mujeres que tienen autoestima negativa baja, de las cuales 33,3% viven con pareja. Por otro lado, se observa que un 36,7% de la muestra con autoestima negativa baja son hombres, los que viven con pareja corresponden el 26,7% (Tabla 16).

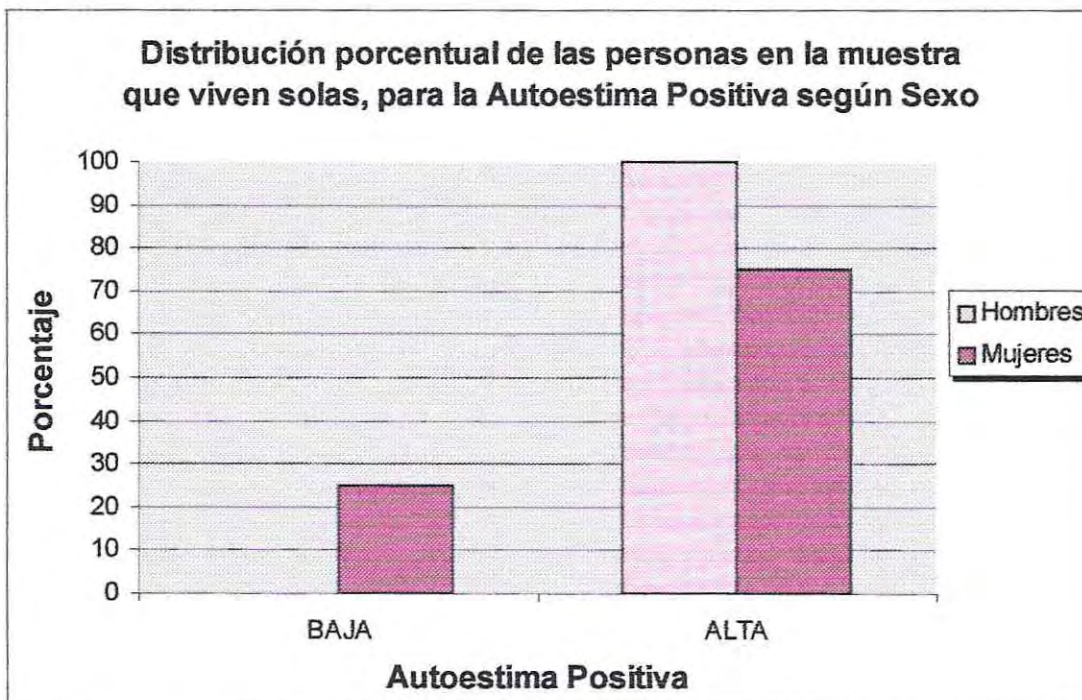
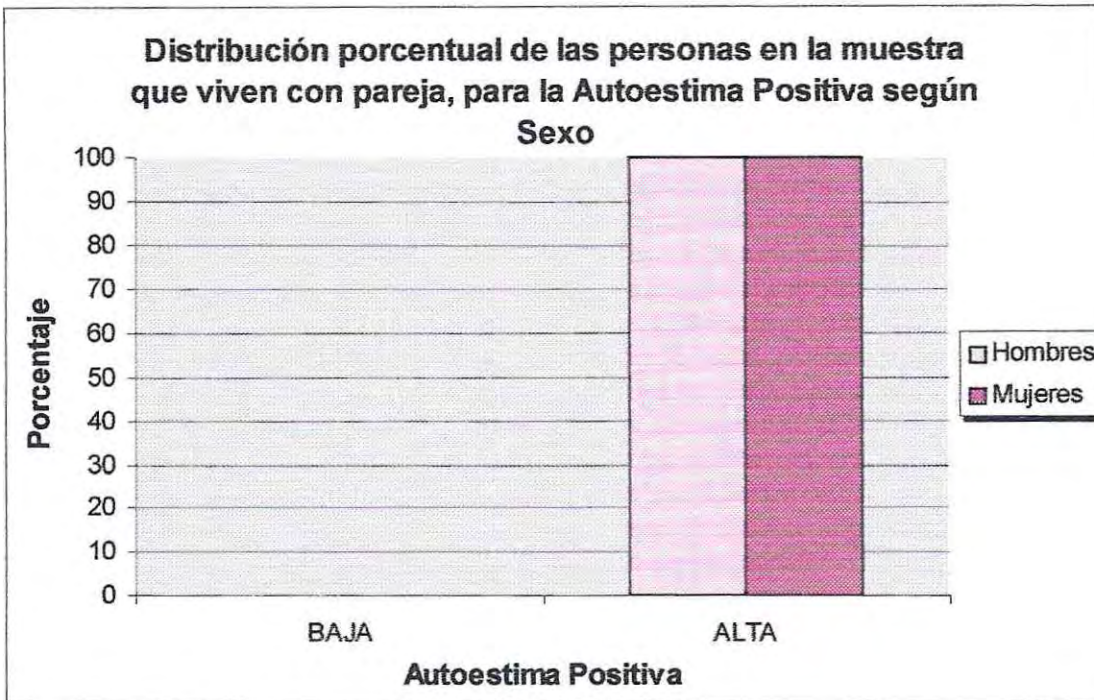


Tabla 17. Distribución Depresión / Sexo / Estado Civil

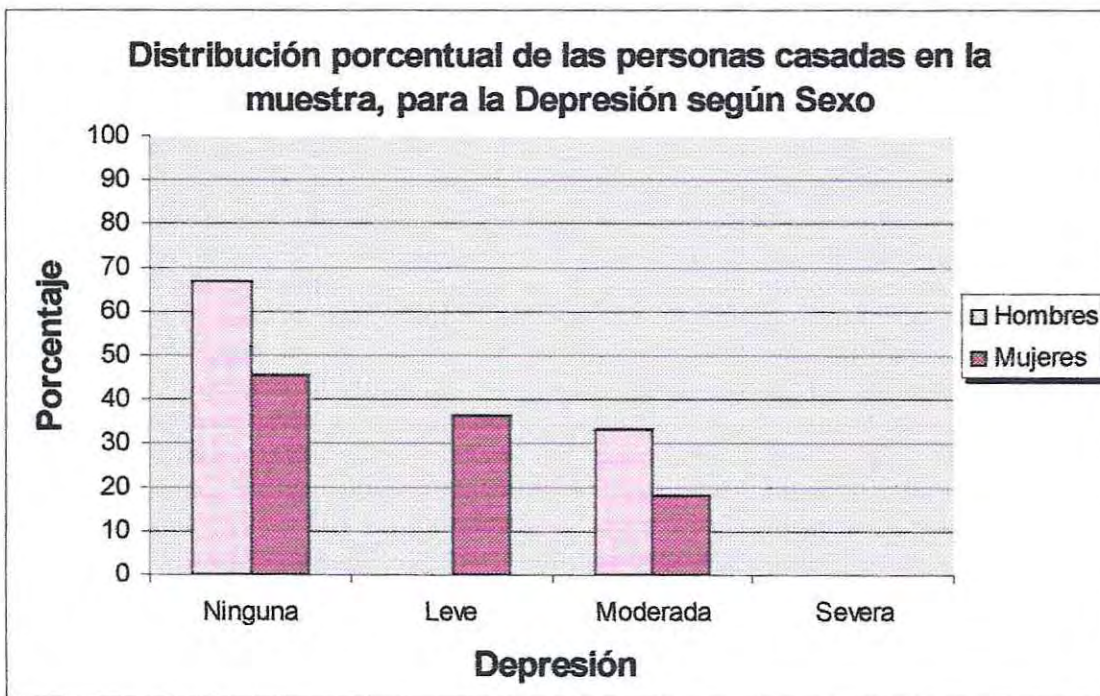
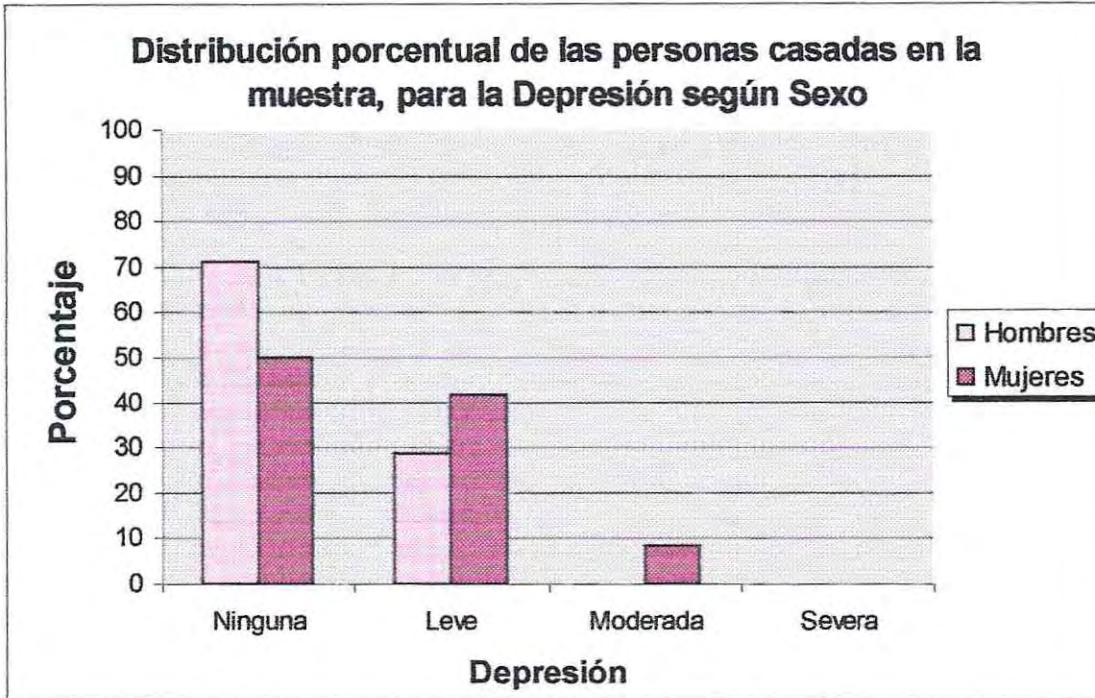
SEXO	DEPRESION	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	NINGUNA	6	10,0	5	8,3	0	0,0	2	3,3	1	1,7	14	23,3
	LEVE	5	8,3	4	6,7	3	5,0	0	0,0	0	0,0	12	20,0
	MODERADA	1	1,7	2	3,3	0	0,0	1	1,7	0	0,0	4	6,7
	SEVERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	SUB-TOTAL	12	20,0	11	18,3	3	5,0	3	5,0	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	NINGUNA	15	25,0	2	3,3	0	0,0	3	5,0	2	3,3	22	36,7
	LEVE	6	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	10,0
	MODERADA	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
	SEVERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
	SUB-TOTAL	21	35,0	3	5,0	0	0,0	4	6,7	2	3,3	30	50,0
	TOTAL	33	55,0	14	23,3	3	5,0	7	11,7	3	5,0	60	100,0

En la muestra se observa el 23,3% no presenta de depresión, mientras que el 20,0% manifiesta leve depresión, siendo estos porcentajes mujeres, de las cuales el 10,0% están casadas y el 8,3% está viuda. Los hombres sin depresión corresponden 36,7%, por otro lado 25,0% está casado y el 5,0% está separado. Depresión leve se manifiesta en un 10,0% de la muestra, que corresponde a hombres casados (Tabla 17).

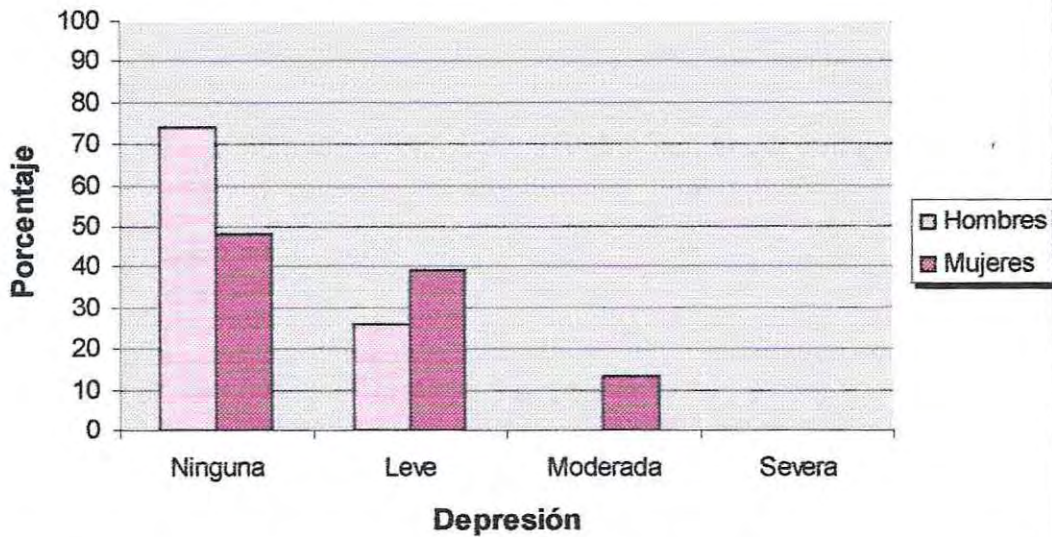
Tabla 18. Distribución Depresión / Sexo / Con quien vive

SEXO	DEPRESION	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	NINGUNA	1	1,7	11	18,3	1	1,7	1	1,7	14	23,3
	LEVE	2	3,3	9	15,0	1	1,7	0	0,0	12	20,0
	MODERADA	1	1,7	3	5,0	0	0,0	0	0,0	4	6,7
	SEVERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	SUB-TOTAL	4	6,7	23	38,3	2	3,3	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	NINGUNA	2	3,3	17	28,3	3	5,0	0	0,0	22	36,7
	LEVE	0	0,0	6	10,0	0	0,0	0	0,0	6	10,0
	MODERADA	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
	SEVERA	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
	SUB-TOTAL	3	5,0	23	38,3	4	6,7	0	0,0	3	5,0
	TOTAL	7	11,7	46	76,7	6	10,0	1	1,7	60	100,0

De la muestra sin depresión el 23,3% corresponde a mujeres y el 36,7% a hombres, de las mujeres el 18,3% vive con pareja. El segundo un 28,3% vive con pareja (Tabla 18).



Distribución porcentual de las personas en la muestra que viven con pareja, para la Depresión según Sexo



Distribución porcentual de las personas en la muestra que viven solas, para la Depresión según Sexo

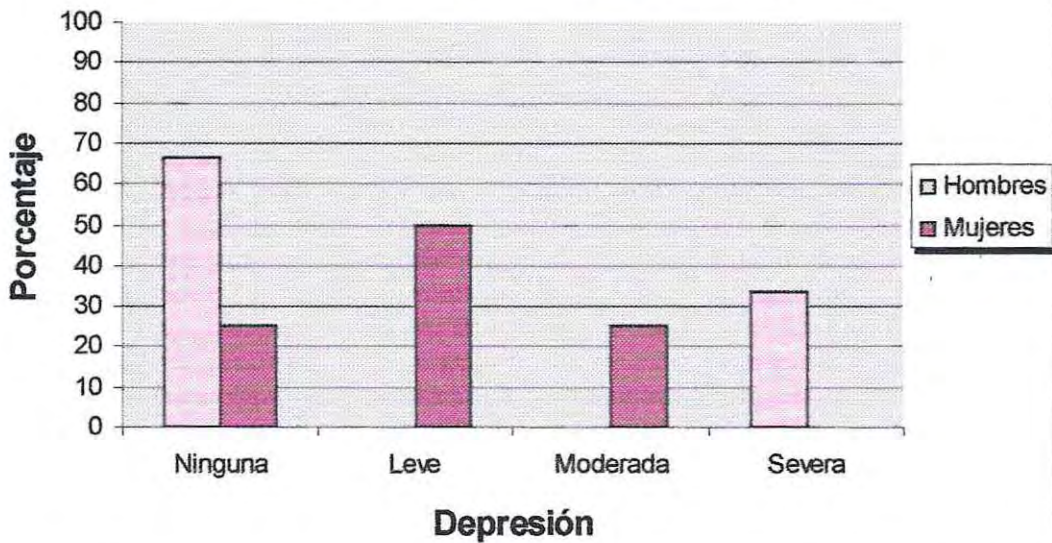


Tabla 19. Distribución Satisfacción Actual / Sexo / Estado Civil

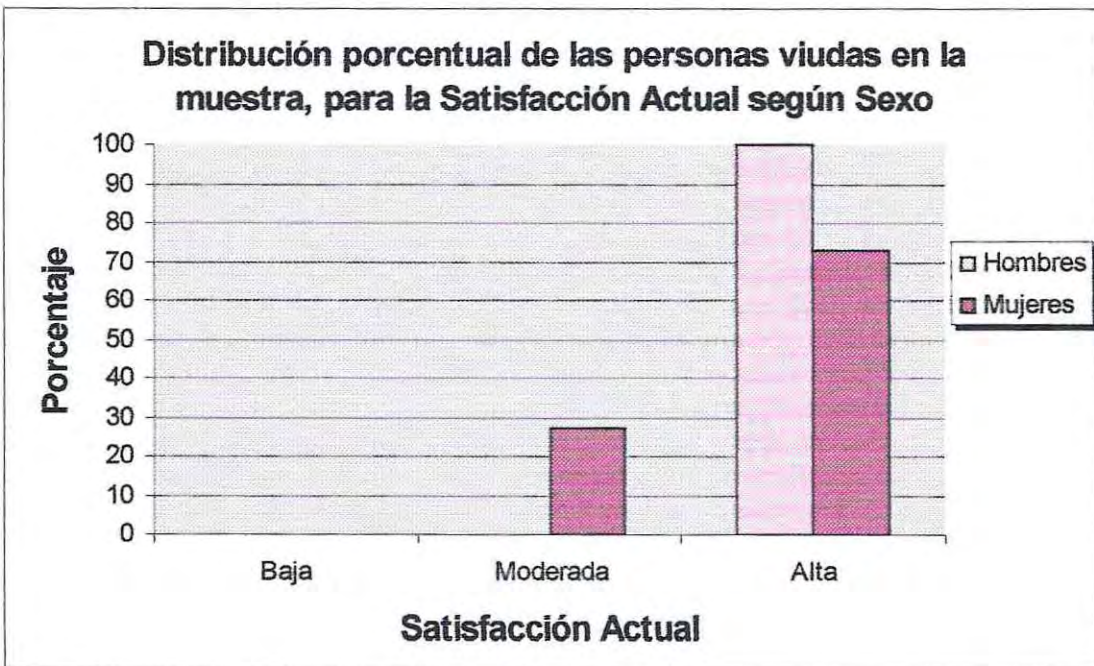
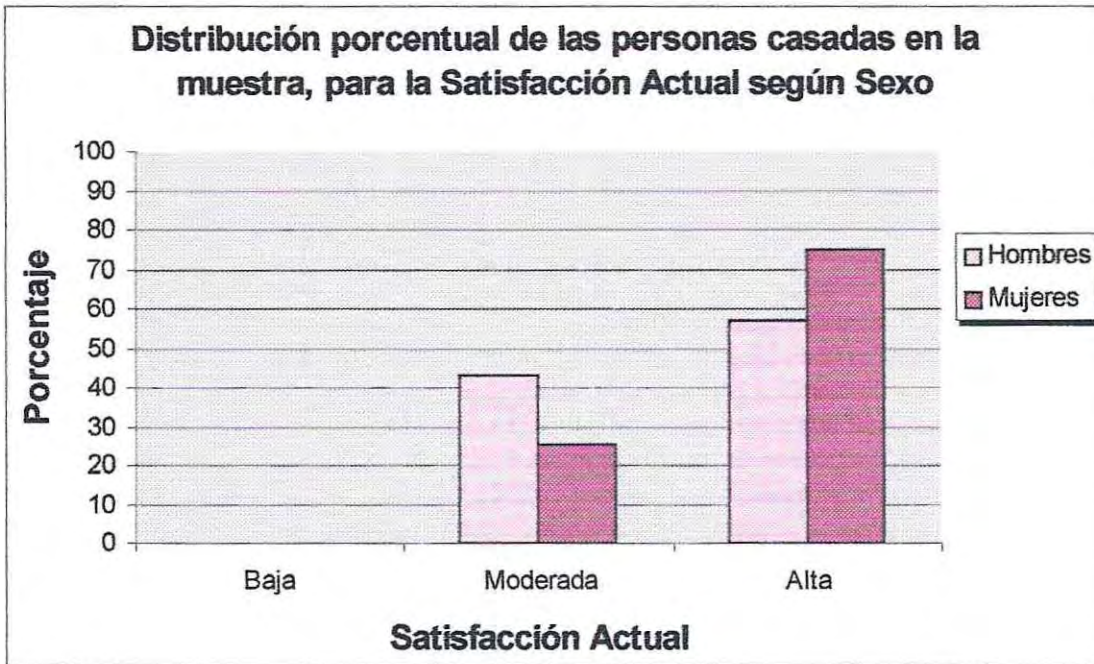
SEXO	S. ACTUAL	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº
MUJER	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	MODERADA	3	5,0	3	5,07	2	3,3	1	1,7	0	0,0	9	15,0
	ALTA	9	15,0	8	13,3	1	1,7	2	3,3	1	1,7	21	35,0
	SUB-TOTAL	12	20,0	11	18,3	3	5,0	3	5,0	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	MODERADA	9	15,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7	11	18,3
	ALTA	12	20,0	3	5,0	0	0,0	3	5,0	1	1,7	19	31,7
	SUB-TOTAL	21	35,0	3	5,0	0	0,0	4	6,7	2	3,3	30	50,0
TOTAL		33	55,5	14	23,3	3	5,0	7	11,7	3	5,0	60	100,0

Alta satisfacción con la vida presente se evidencia en un 35,0%, de las cuales el 15,0% y el 13,3% son mujeres casadas y viudas respectivamente. El 31,7% que corresponde a hombres, el 20,0% está casado y el 10,0% son viudos y separados (Tabla 19).

Tabla 20. Distribución Satisfacción Actual / Sexo / Con quien vive

SEXO	S. ACTUAL	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	MODERADA	2	3,3	7	11,7	0	0,0	0	0,0	9	15,0
	ALTA	2	3,3	16	26,7	2	3,3	1	1,7	21	35,0
	SUB-TOTAL	4	6,7	23	38,3	2	3,3	1	1,7	30	50,0
HOMBRE	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	MODERADA	0	0,0	10	16,7	1	1,7	0	0,0	11	18,3
	ALTA	3	5,0	13	21,7	3	5,0	0	0,0	19	31,7
	SUB-TOTAL	3	5,0	23	38,3	4	6,7	0	0,0	30	50,0
TOTAL		7	11,7	46	76,7	6	10	1	1,7	60	100,0

Se muestra una alta satisfacción con la vida presente en un 35,0% de la muestra, de la cual un 26,0% de las mujeres está con pareja. El 31,7% corresponde a hombres con alta satisfacción con la vida actual, de los cuales un 21,7% vive con pareja (Tabla 20).



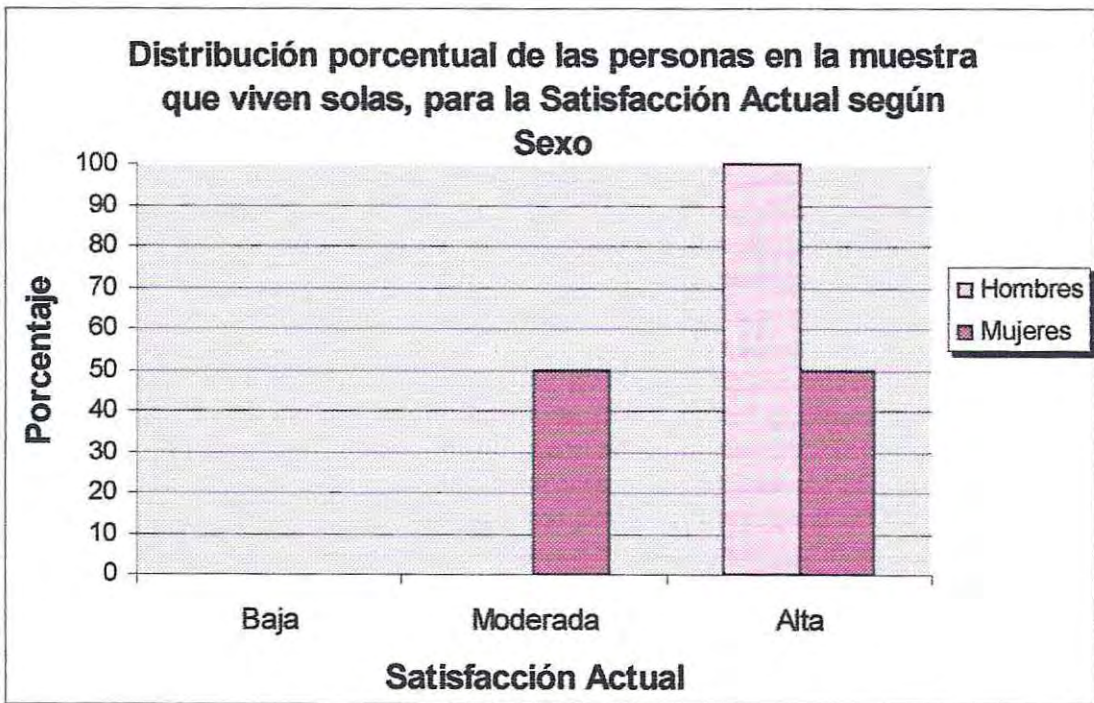
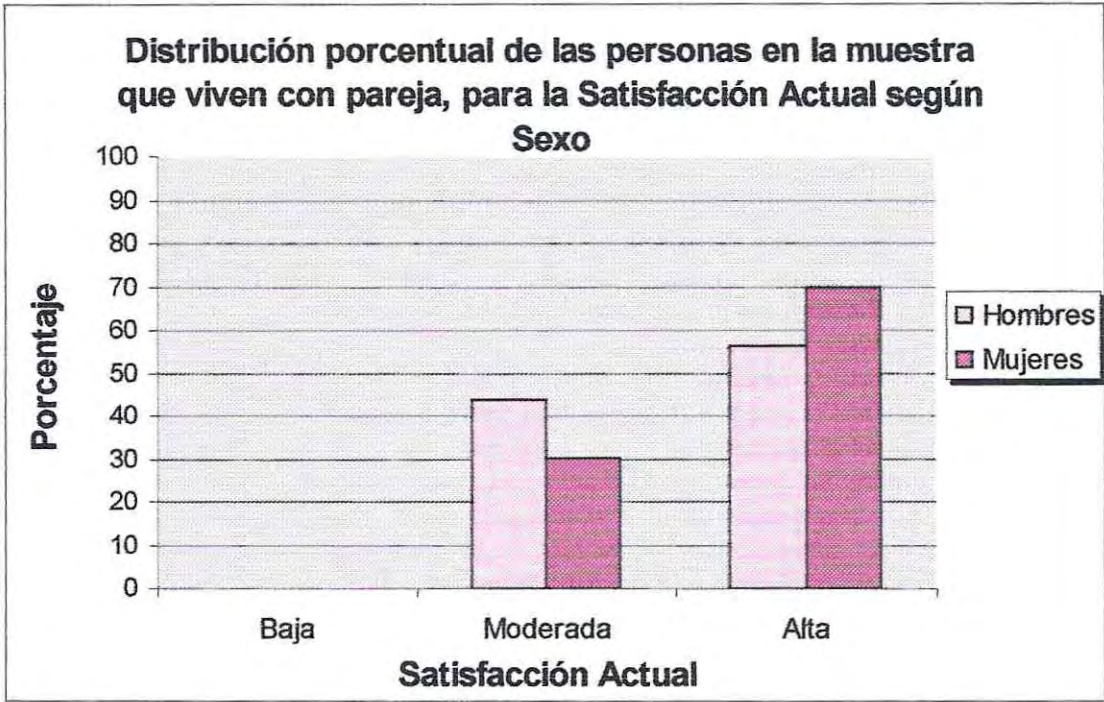


Tabla 21. Salud Mental / Estado Civil / Mujer

SEXO	S. MENTAL	CASADA		VIUDA		SOLTERA		SEPARADA		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	EQUILIBRIO EMOCIONAL	8	26,7	8	26,7	3	10,0	1	3,3	1	3,3	21	70,0
	INESTABILIDAD	4	13,3	3	10,0	0	0,0	2	6,7	0	0,0	9	30,0
	DESEQUILIBRIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	TOTAL	12	40,0	11	36,7	3	10,0	3	10,0	1	3,3	30	100,0

Tabla 21a. Salud Mental / Mujer Casada

SEXO	S. MENTAL	CASADA	
		Nº	%
MUJER	EQUILIBRIO EMOCIONAL	8	66,7
	INESTABILIDAD	4	33,3
	DESEQUILIBRIO	0	0,0
	TOTAL	12	100,0

Tabla 21b. Salud Mental / Mujer Viuda

SEXO	S. MENTAL	VIUDA	
		Nº	%
MUJER	EQUILIBRIO EMOCIONAL	8	72,7
	INESTABILIDAD	3	27,3
	DESEQUILIBRIO	0	0,0
	TOTAL	11	100,0

Tabla 22. Salud Mental / Estado Civil / Hombre

SEXO	S. MENTAL	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	EQUILIBRIO EMOCIONAL	18	60,0	3	10,0	0	0,0	2	6,7	2	6,7	25	83,3
	INESTABILIDAD	3	10,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	0	0,0	5	16,7
	DESEQUILIBRIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	TOTAL	21	70,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3	2	6,7	30	100,0

Tabla 22a. Salud Mental / Hombre Casado

SEXO	S. MENTAL	CASADO	
		Nº	%
HOMBRE	EQUILIBRIO EMOCIONAL	18	85,7
	INESTABILIDAD	3	14,3
	DESEQUILIBRIO	0	0,0
	TOTAL	21	100,0

Tabla 22b. Salud Mental / Hombre Viudo

SEXO	S. MENTAL	VIUDO	
		Nº	%
HOMBRE	EQUILIBRIO EMOCIONAL	3	100,0
	INESTABILIDAD	0	0,0
	DESEQUILIBRIO	0	0,0
	TOTAL	3	100,0

El 70,0 % de las mujeres evidencia equilibrio emocional, de las cuales el 26,7% son casadas y el 26,7% son viudas. El 30% presenta inestabilidad, correspondiendo al 13,3% a mujeres casadas y 10,0 % a viudas (Tabla 21). Los hombres, en cambio presentan equilibrio emocional en un 83,3%, de los cuales el 60,0% son casados, el 10,0% viudos y el 13,4% entre hombres separados y convivientes (Tabla 22).

De las mujeres casadas el 66,7% presenta equilibrio emocional y el 33,3% de ellas muestra inestabilidad (Tabla 21a). De los hombres casados el 85,7% y el 100,0% de los viudos muestran equilibrio emocional, mientras que el 14,0% de los casados evidencian inestabilidad (Tabla 22a y 22b). En cambio el 72,7% de las mujeres viudas presenta equilibrio emocional y el 27,3% inestabilidad (Tabla 21b).

Tabla 23. Salud Mental / Con quien vive / Mujer

SEXO	SALUD MENTAL	SOLA		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	EQUILIBRIO EMOCIONAL	2	6,7	16	53,3	2	6,7	1	3,3	21	70,0
	INESTABILIDAD	2	6,7	7	23,3	0	0,0	0	0,0	9	30,0
	DESEQUILIBRIO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	TOTAL	4	13,3	23	76,7	2	6,7	1	3,3	30	100

Tabla 23a. Salud Mental / Mujer con Pareja

SEXO	SALUD MENTAL	CON PAREJA	
		Nº	%
MUJER	EQUILIBRIO EMOCIONAL	16	69,6
	INESTABILIDAD	7	30,4
	DESEQUILIBRIO	0	0,0
	TOTAL	23	100,0

Tabla 23b. Salud Mental / Mujer Sola

SEXO	SALUD MENTAL	SOLA	
		Nº	%
MUJER	EQUILIBRIO EMOCIONAL	2	50,0
	INESTABILIDAD	2	50,0
	DESEQUILIBRIO	0	0,0
	TOTAL	4	100,0

Tabla 24. Salud Mental / Con quien vive / Hombre

SEXO	SALUD MENTAL	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	EQUILIBRIO EMOCIONAL	2	6,7	20	66,7	3	10,0	0	0,0	25	83,3
	INESTABILIDAD	1	3,3	3	10,0	1	3,3	0	0,0	5	16,7
	DESEQUILIBRIO EMOCIONAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	TOTAL	3	10,0	23	76,7	4	13,3	0	0,0	30	100,0

Tabla 24a. Salud Mental / Hombre con Pareja

SEXO	SALUD MENTAL	CON PAREJA	
		Nº	%
HOMBRE	EQUILIBRIO EMOCIONAL	20	87,0
	INESTABILIDAD	3	13,0
	DESEQUILIBRIO EMOCIONAL	0	0,0
	TOTAL	23	100,0

Tabla 24b. Salud Mental / Hombre Solo

SEXO	SALUD MENTAL	SOLO	
		Nº	%
HOMBRE	EQUILIBRIO EMOCIONAL	2	66,7
	INESTABILIDAD	1	43,4
	DESEQUILIBRIO EMOCIONAL	0	0,0
	TOTAL	3	100,0

El 70,0% de las mujeres que se encuentran en equilibrio emocional, el 53,0% viven con pareja y el 23,3% evidencian inestabilidad (Tabla 23). Del 83,3% de los hombres que tienen equilibrio emocional, el 66,7% vive con pareja y el 16,7% presenta inestabilidad, del cual el 10,0% vive con pareja y el 3,3% vive solo (Tabla 24).

De las mujeres que viven en pareja el 69,6% tiene equilibrio emocional y el 30,4% inestabilidad (Tabla 23a); de los hombres, el 87,0% presenta equilibrio y el 13,0% inestabilidad emocional (Tabla 24a). Del 100,0% de las mujeres que viven solas el 50,0% posee equilibrio emocional y el 50,0% inestabilidad (Tabla 23b). Y por otro lado los hombres que viven solos, el 66,7% presenta equilibrio y el 43,4% inestabilidad emocional (Tabla 24b).

Tabla 25. Autoestima Positiva / Estado Civil / Mujer

SEXO	AUTOESTIMA	CASADA		VIUDA		SOLTERA		SEPARADA		CONVIVIENTE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MUJER	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3
	ALTA	12	40,0	11	36,7	3	10,0	2	6,7	1	3,3	29	96,7
	TOTAL	12	40,0	11	36,7	3	10,0	3	10,0	1	3,3	30	100,0

Tabla 25a. Autoestima Positiva / Mujer Casada

SEXO	AUTOESTIMA	CASADA	
		N°	%
MUJER	BAJA	0	0,0
	ALTA	12	100,0
	TOTAL	12	100,0

Tabla 25b. Autoestima Positiva / Mujer Viuda

SEXO	AUTOESTIMA	VIUDA	
		N°	%
MUJER	BAJA	0	0,0
	ALTA	11	100,0
	TOTAL	11	100,0

Tabla 26. Autoestima Positiva / Estado Civil / Hombre

SEXO	AUTOESTIMA	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	ALTA	21	70,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3	2	6,7	30	100,0
	TOTAL	21	70,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3	2	6,7	30	100,0

26a. Autoestima Positiva / Hombre Casado

SEXO	AUTOESTIMA	CASADO	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0
	ALTA	21	100,0
	TOTAL	21	100,0

26b. Autoestima Positiva / Hombre Viudo

SEXO	AUTOESTIMA	VIUDO	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0
	ALTA	3	100,0
	TOTAL	3	100,0

En autoestima positiva en las mujeres se evidencia alta en un 96,7%, destacándose en mujeres casadas el 40,0% y en mujeres viudas en 36,7% (Tabla 25). En los hombres la autoestima positiva alta se observa en el 100,0% siendo el 70,0% hombres casados y 10,0% hombres viudos (Tabla 26).

Dentro de las mujeres casadas y viudas el 100,0% tiene autoestima positiva alta (Tabla 25a-b); observándose el mismo porcentaje en los hombres casados y viudos (Tabla 26a-b).

Tabla 27. Autoestima Negativa / Estado Civil / Mujer

SEXO	AUTOESTIMA	CASADA		VIUDA		SOLTERA		SEPARADA		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	BAJA	11	36,7	8	26,7	2	6,7	1	3,3	0	0,0	22	73,3
	ALTA	1	3,3	3	10,0	1	3,3	2	6,7	1	3,3	8	26,7
	TOTAL	12	40,0	11	36,7	3	10,0	3	10,0	1	3,3	30	100,0

Tabla 27a. Autoestima Negativa / Mujer Casada

SEXO	AUTOESTIMA	CASADA	
		Nº	%
MUJER	BAJA	11	91,7
	ALTA	1	8,3
	TOTAL	12	100,0

Tabla 27b. Autoestima Negativa / Mujer Viuda

SEXO	AUTOESTIMA	VIUDA	
		Nº	%
MUJER	BAJA	8	72,7
	ALTA	3	27,3
	TOTAL	11	100,0

Tabla 28. Autoestima Negativa / Estado Civil / Hombre

SEXO	AUTOESTIMA	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	BAJA	16	53,3	3	10,0	0	0,0	3	10,0	1	3,3	23	76,7
	ALTA	5	16,7	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3	7	23,3
	TOTAL	21	70,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3	2	6,7	30	100,0

Tabla 28a. Autoestima Negativa / Hombre Casado

SEXO	AUTOESTIMA	CASADO	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	16	76,2
	ALTA	5	23,8
	TOTAL	21	100,0

Tabla 28b. Autoestima Negativa / Hombre Viudo

SEXO	AUTOESTIMA	VIUDO	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	3	100,0
	ALTA	0	0,0
	TOTAL	3	100,0

En cuanto a la autoestima negativa se observa que el 73,3% de las mujeres presenta autoestima negativa baja, distribuidas en mujeres casadas y viudas, con un 36,7% y 26,7% respectivamente (Tabla 27). En los hombres la autoestima negativa baja se presenta en un 76,7%, compuesto por 53,3% y 10,0% de hombres casados y viudos (Tabla 28).

De las mujeres casadas el 91,7% presenta autoestima negativa baja y el 8,3% autoestima negativa alta (Tabla 27a). Mientras que en los hombres casados el 76,2% evidencia autoestima negativa baja y el 23,8% autoestima negativa alta (Tabla 28a). Por otro lado el 72,7% y el 27,3% de las mujeres viudas presentaron autoestima negativa baja y negativa alta respectivamente (Tabla 27b). Y en los hombres se observó en el 100,0% autoestima negativa baja (Tabla 28b).

Tabla 29. Autoestima Positiva / Con quien vive / Mujer

SEXO	AUTOESTIMA	SOLA		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	BAJA	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	ALTA	3	10,0	23	76,7	2	6,7	1	3,3	29	96,7
	TOTAL	4	13,3	23	76,7	2	6,7	1	3,3	30	100,0

Tabla 29a. Autoestima Positiva / Mujer con Pareja

SEXO	AUTOESTIMA	CON PAREJA	
		Nº	%
MUJER	BAJA	0	0,0
	ALTA	23	100,0
	TOTAL	23	100,0

Tabla 29b. Autoestima Positiva / Mujer Sola

SEXO	AUTOESTIMA	SOLA	
		Nº	%
MUJER	BAJA	1	25,0
	ALTA	3	75,0
	TOTAL	4	100,0

Tabla 30. Autoestima Positiva / Con quien vive en Hombre

SEXO	AUTOESTIMA	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	ALTA	3	10,0	23	76,7	4	13,3	0	0,0	30	100,0
	TOTAL	3	10,0	23	76,7	4	13,3	0	0,0	30	100,0

Tabla 30a. Autoestima Positiva / Hombre con Pareja

SEXO	AUTOESTIMA	CON PAREJA	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0
	ALTA	23	100,0
	TOTAL	23	100,0

Tabla 30b. Autoestima Positiva / Hombre Solo

SEXO	AUTOESTIMA	SOLO	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0
	ALTA	3	100,0
	TOTAL	3	100,0

El 96,7% de las mujeres presentan autoestima positiva alta, el 76,7% corresponde a mujeres que viven con pareja y el 10,0% vive sola (Tabla 29). En los hombres el 100,0% de la muestra evidencia autoestima positiva alta, donde el 76,6% son hombres que viven con pareja y el 10% vive solo (Tabla 30).

De los hombres y mujeres que tienen autoestima positiva alta el 100,0% vive con pareja (Tabla 29a-30a). De las mujeres que viven solas el 75,0% presenta autoestima positiva alta y el 25,0% positiva baja ; en los hombres solos se observa el 100,0% con autoestima positiva alta (Tabla 29b-30b).

Tabla 31. Autoestima Negativa / Con quien vive en Mujer

SEXO	AUTOESTIMA	SOLA		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MUJER	BAJA	1	3,3	20	66,7	1	3,3	1	3,3	23	76,7
	ALTA	3	10,0	3	10,0	1	3,3	0	0,0	7	23,3
	TOTAL	4	13,3	23	76,7	2	6,71	1	3,3	30	100,0

Tabla 31 a. Autoestima Negativa / Mujer con Pareja

SEXO	AUTOESTIMA	CON PAREJA	
		N°	%
MUJER	BAJA	20	86,9
	ALTA	3	13,0
	TOTAL	23	100,0

Tabla 31b. Autoestima Negativa / Mujer Sola

SEXO	AUTOESTIMA	SOLA	
		N°	%
MUJER	BAJA	1	25,0
	ALTA	3	75,0
	TOTAL	4	100,0

Tabla 32. Autoestima Negativa / Con quien vive / Hombre

SEXO	AUTOESTIMA	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	BAJA	2	6,7	16	53,3	4	13,3	0	0,0	22	73,3
	ALTA	1	3,3	7	23,3	0	0,0	0	0,0	8	26,7
	TOTAL	3	10,0	23	76,7	4	13,3	0	0,0	30	100,0

Tabla 32a. Autoestima Negativa / Hombre con Pareja

SEXO	AUTOESTIMA	CON PAREJA	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	16	69,6
	ALTA	7	30,4
	TOTAL	23	100,0

Tabla 32b. Autoestima Negativa / Hombre Solo

SEXO	AUTOESTIMA	SOLO	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	2	66,7
	ALTA	1	33,3
	TOTAL	3	100,0

El 76,7% de las mujeres presenta autoestima negativa baja y corresponde el 66,7% a mujeres que viven con pareja y la autoestima negativa alta se evidencia en un 23,3%, siendo el 10,0% para mujeres que viven solas y 10,0% con pareja (Tabla 31). Mientras que en los hombres se observa un 73,3% de autoestima negativa baja, el 53,3% corresponde a mujeres que viven con pareja ; por otro lado, el 26,7% de los hombres poseen autoestima negativa alta, siendo el 23,0% los que viven con pareja (Tabla 32).

De las mujeres que viven en pareja el 86,9% presenta autoestima negativa baja y el 13,0% autoestima negativa alta (Tabla 31a) ; mientras que en los hombres con pareja el 69,6% presenta autoestima negativa baja y el 30,4% autoestima negativa alta (Tabla 32a). Por otro lado, las mujeres que viven solas el 75,0% tienen autoestima negativa alta y el 25,0% baja (Tabla 31b), mientras que los hombres que viven solos el 66,7% tienen autoestima negativa baja y el 33,3% negativa alta (Tabla 32b).

Tabla 33. Depresión / Estado Civil / Mujer

SEXO	DEPRESION	CASADA		VIUDA		SOLTERA		SEPARADA		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	NINGUNA	6	20,0	5	16,7	0	0,0	2	6,7	1	3,3	14	46,7
	LEVE	5	16,7	4	13,3	3	10,0	0	0,0	0	0,0	12	40,0
	MODERADA	1	3,3	2	6,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0	4	13,3
	SEVERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	TOTAL	12	40,0	11	36,7	3	10,0	3	10,0	1	3,3	30	100,0

Tabla 33a. Depresión / Mujer Casada

SEXO	DEPRESION	CASADA	
		Nº	%
MUJER	NINGUNA	6	50,0
	LEVE	5	41,7
	MODERADA	1	8,3
	SEVERA	0	0,0
	TOTAL	12	100,0

Tabla 33b. Depresión / Mujer Viuda

SEXO	DEPRESION	VIUDA	
		Nº	%
MUJER	NINGUNA	5	45,5
	LEVE	4	36,4
	MODERADA	2	18,2
	SEVERA	0	0,0
	TOTAL	11	100,0

Tabla 34. Depresión / Estado Civil / Hombre

SEXO	DEPRESION	CASADO		VIUDO		SOLTERO		SEPARADO		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	NINGUNA	15	50,0	2	6,7	0	0,0	3	10,0	2	6,7	22	73,7
	LEVE	6	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0
	MODERADA	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	SEVERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3
	TOTAL	21	70,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3	2	6,7	30	100,0

Tabla 34a. Depresión / Hombre Casado

SEXO	DEPRESION	CASADO	
		Nº	%
HOMBRE	NINGUNA	15	71,4
	LEVE	6	28,6
	MODERADA	0	0,0
	SEVERA	0	0,0
	TOTAL	21	100,0

Tabla 34b. Depresión / Hombre Viudo

SEXO	DEPRESION	VIUDO	
		Nº	%
HOMBRE	NINGUNA	2	66,7
	LEVE	0	0,0
	MODERADA	1	33,3
	SEVERA	0	0,0
	TOTAL	3	100,0

En cuanto a la variable depresión el 46,7% de las mujeres no presentan depresión, de las cuales el 20,0% corresponde a mujeres casadas y el 16,7% a mujeres viudas. El 40,0% presenta depresión leve, siendo el 16,7% mujeres casadas y viudas el 13,3% (Tabla 33). Mientras que en los hombres no existe depresión en un 73,7%, de los cuales el 50,0% están casados y el 6,7% viudos. El 20,0% de los hombres muestra depresión leve que corresponde a hombres casados (Tabla 34).

De las mujeres casadas el 50,0% no tiene depresión y el 41,7% muestra depresión leve (Tabla 33a); y en los hombres se observa que el 71,4% no tiene depresión y el 28,6% presenta depresión leve (Tabla 34a). En cuanto a las mujeres viudas se observa un 45,5% con ninguna depresión, el 36,4% depresión leve y el 18,2% depresión moderada (Tabla 33b). En los hombres viudos no se evidencia depresión en el 66,7% y depresión moderada en 33,3% (Tabla 34b).

Tabla 35. Depresión / Con quien vive / Mujer

SEXO	DEPRESION	SOLA		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	NINGUNA	1	3,3	11	36,7	1	3,3	1	3,3	14	46,7
	LEVE	2	6,7	9	30,0	1	3,3	0	0,0	12	40,0
	MODERADA	1	3,3	3	10,0	0	0,0	0	0,0	4	13,3
	SEVERA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	TOTAL	4	13,3	23	76,7	2	6,7	1	3,3	30	100,0

Tabla 35a. Depresión / Mujer con Pareja

SEXO	DEPRESION	CON PAREJA	
		Nº	%
MUJER	NINGUNA	11	47,8
	LEVE	9	39,9
	MODERADA	3	13,0
	SEVERA	0	0,0
	TOTAL	23	100,0

Tabla 35b. Depresión / Mujer Sola

SEXO	DEPRESION	SOLA	
		Nº	%
MUJER	NINGUNA	1	25,0
	LEVE	2	50,0
	MODERADA	1	25,0
	SEVERA	0	0,0
	TOTAL	4	100,0

Tabla 36. Depresión / Con quien vive / Hombre

SEXO	DEPRESION	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	NINGUNA	2	6,7	17	56,7	3	10,0	0	0,0	22	73,7
	LEVE	0	0,0	6	20,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0
	MODERADA	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3
	SEVERA	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	TOTAL	3	10,0	23	76,7	4	13,3	0	0,0	30	100,0

Tabla 36a. Depresión / Con quien vive / Hombre

SEXO	DEPRESION	CON PAREJA	
		Nº	%
HOMBRE	NINGUNA	17	73,9
	LEVE	6	26,1
	MODERADA	0	0,0
	SEVERA	0	0,0
	TOTAL	23	100,0

Tabla 36b. Depresión / Con quien vive / Hombre

SEXO	DEPRESION	SOLO	
		Nº	%
HOMBRE	NINGUNA	2	66,7
	LEVE	0	0,0
	MODERADA	0	0,0
	SEVERA	1	33,3
	TOTAL	3	100,0

El 46,7% son mujeres que no tienen depresión, del cual el 36,7% vive con pareja, y el 40,0% muestra depresión leve, siendo el 30,0% mujeres que viven con pareja y 6,7% que vive sola (Tabla 35). En cambio los hombres no tienen depresión en un 73,7%, donde el 56,7% vive con pareja, el 10,7% con familiares y el 6,7% vive solo (Tabla 36).

De las mujeres que viven con pareja el 47,8% no presenta depresión y el 39,9% muestra en un grado leve (Tabla 35a). Mientras que en los hombres se observa que el 73,9% que vive con pareja, no presenta depresión y el 26,1% leve depresión (Tabla 36a). En cuanto a las mujeres que viven solas el 50,0% presenta depresión leve, el 25,0% presenta depresión moderada y no presenta el 25,0% (Tabla 35b). En cambio en los hombres se observa que el 66,7% no tiene depresión y el 33,3% muestra depresión severa (Tabla 36b).

Tabla 37. Satisfacción actual / estado civil / mujer

SEXO	S. ACTUAL	CASADA		VIUDA		SOLTERA		SEPARADA		CONVIVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº
MUJER	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0
	MODERADA	3	10,0	3	10,0	2	6,7	1	3,3	0	0	9	30,0
	ALTA	9	30,0	8	26,7	1	3,3	2	6,7	1	3,3	21	70,0
	TOTAL	12	40,0	11	36,7	3	10,0	3	10,0	1	3,3	30	100,0

Tabla 37a. Satisfacción Actual / Mujer Casada

SEXO	S. ACTUAL	CASADA	
		Nº	%
MUJER	BAJA	0	0,0
	MODERADA	3	25,0
	ALTA	9	75,0
	TOTAL	12	100,0

Tabla 37b. Satisfacción Actual / Mujer Viuda

SEXO	S. ACTUAL	VIUDA	
		Nº	%
MUJER	BAJA	0	0,0
	MODERADA	3	27,3
	ALTA	8	72,7
	TOTAL	11	100,0

Tabla 38. Satisfacción Actual / Estado Civil / Hombre

SEXO	S. ACTUAL	CASADO		VIUDOS		SOLTEROS		SEPARADOS		CONVIVIENTE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	N°	%	N°
HOMBRE	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0
	MODERADA	9	30,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3	11	36,7
	ALTA	12	40,0	3	10,0	0	0,0	3	10,0	1	3,3	19	63,3
	TOTAL	21	70,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3	2	6,7	30	100,0

Tabla 38a. Satisfacción Actual / Hombre Casado

SEXO	S. ACTUAL	CASADO	
		N°	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0
	MODERADA	9	42,9
	ALTA	12	57,1
	TOTAL	21	100,0

Tabla 38b. Satisfacción Actual / Hombre Viudo

SEXO	S. ACTUAL	VIUDO	
		N°	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0
	MODERADA	0	0,0
	ALTA	3	100,0
	TOTAL	3	100,0

En cuanto a la variable satisfacción actual, el 70,0% de las mujeres presenta alta satisfacción con la vida presente, el 30,0% está casada y el 26,7% viuda. Y el 30,0% muestra satisfacción moderada, siendo 10,0% casada, viudas y 6,7% solteras (Tabla 37). Por otro lado se observa que el 63,0% de los hombres se encuentra altamente satisfecho con su vida actual, de ellos el 40,0% está casado, el 10,0% viudo y el 10,0% separado. Se observa además que el 36,7% presenta satisfacción moderada y el 30,0% son hombres casados (Tabla 38).

En el total de las mujeres casadas se observa un 35,0% de satisfacción actual, el 25,0% moderada satisfacción (Tabla 37a). De los hombres casados el 57,1% y el 42,9% muestran alta y moderada satisfacción con la vida actual (Tabla 38a). Por otro lado, las mujeres viudas presentan gran satisfacción en 72,7% y moderada en 27,3% (Tabla 37b); en cambio los hombres viudos reflejan el 100,0% de alta satisfacción con la vida actual (Tabla 38b).

Tabla 39. Satisfacción Actual / Con quien vive / Mujer

SEXO	S. ACTUAL	SOLA		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	MODERADA	2	3,3	7	11,7	0	0,0	0	0,0	9	15,0
	ALTA	2	3,3	16	26,7	2	3,3	1	1,7	21	35,0
	TOTAL	4	6,7	23	38,3	2	3,3	1	1,7	30	50,0

Tabla 39a. Satisfacción Actual / Mujer con Pareja

SEXO	S. ACTUAL	CON PAREJA	
		Nº	%
MUJER	BAJA	0	0,0
	MODERADA	7	30,4
	ALTA	16	69,6
	TOTAL	23	100,0

Tabla 39b. Satisfacción Actual / Mujer Sola

SEXO	S. ACTUAL	SOLA	
		Nº	%
MUJER	BAJA	0	0,0
	MODERADA	2	50,0
	ALTA	2	50,0
	TOTAL	4	100,0

Tabla 40. Satisfacción Actual / Con quien vive / Hombre

SEXO	S. ACTUAL	SOLO		CON PAREJA		FAMILIARES		OTROS		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	MODERADA	0	0,0	10	33,3	1	3,3	0	0,0	11	36,7
	ALTA	3	10,0	13	43,3	3	10,0	0	0,0	19	63,3
	TOTAL	3	10,0	23	76,7	4	13,3	0	0,0	30	100,0

Tabla 40a. Satisfacción Actual / Hombre con Pareja

SEXO	S. ACTUAL	CON PAREJA	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0
	MODERADA	10	43,5
	ALTA	13	56,2
	TOTAL	23	100,0

Tabla 40b. Satisfacción Actual / Hombre Solo

SEXO	S. ACTUAL	SOLO	
		Nº	%
HOMBRE	BAJA	0	0,0
	MODERADA	0	0,0
	ALTA	3	100,0
	TOTAL	3	100,0

De las mujeres, el 35,0% se siente satisfecha con su vida actual, siendo el 26,7% mujeres que viven con pareja, por otro lado, el 15,0% está satisfecha en términos moderados, siendo el 11,7% mujeres que viven con pareja (Tabla 39). Los hombres han diferencia de las mujeres presentan un 63,3% de satisfacción actual, siendo el 43,3% hombres que viven con pareja y el 36,7% se encuentra moderadamente satisfecho, correspondiendo al 33,3% de hombres casados (Tabla 40).

Las mujeres que viven con pareja un 69,6% presenta satisfacción actual y el 30,4% satisfacción moderada (Tabla 39a). Por otro lado, los hombres que tienen satisfacción con la vida corresponden a un 56,2% y moderada un 43,5% , ambos viven con pareja (Tabla 40a). Finalmente se observa que el 50,0% de las mujeres que viven solas presentan satisfacción actual y 50,0% moderada (Tabla 39b) ; mientras que en los hombres se observa que el 100,0% de los que viven solos tienen alta satisfacción actual (Tabla 40b).

es del 1,6%, lo que significa que este Test de Beck es confiable en un 98,4%. El Test GHQ, es confiable en un 98,6% y P42 en un 98,5%.

Por otra parte se calculó el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach, para cada uno de los test, resultando ser, según literatura:

TEST	ALFA – CRONBACH	RESULTADO
BECK	74%	BUENO
GHQ	78%	BUENO
ROSEMBERG POSITIVO	65%	ACEPTABLE
ROSEMBERG NEGATIVO	82%	BUENO

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

Para el estudio, de la relación entre las preguntas contenidas en cada Test, se efectuó un análisis de correlación de Spearman por tratarse de variables cualitativas. Este análisis considera un probabilidad de error del 5%, comparando el valor del estadístico de pruebas T-Student (en paréntesis ()), con el valor de la tabla de la distribución normal, $Z_{0,975}=2.0$.

La Matriz de correlaciones del Test de Beck, muestra que, en general, la relación entre las preguntas es bastante pequeña, con excepción de las preguntas P1 con P3 (0,524), P6 con P10 (0,509), P9 con P12 (0,543) y P10 con P13 (0,567), el resto presenta correlaciones inferiores a 0,5 aunque en algunos casos resultan estadísticamente significativas.

Situación similar ocurre con la Matriz de correlaciones del Test GHQ, en que solamente las preguntas P25 con P29, P26 con P30, P26 con P31, P30 con P31 y P31 con P32, resultan superiores a 0,5.

En la Matriz de correlaciones del Test de Rosenberg (A.E.P.) presenta correlaciones estadísticamente significativas, pero inferiores o iguales a 0,369.

En la Matriz de correlaciones del Test de Rosenberg (A.E.N.) presenta correlaciones estadísticamente significativas, con relaciones entre las preguntas bastante altas, sobre 0,556. Las preguntas P38 con P40 y con P41, son las únicas que presentan valores inferiores en su relación

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

En este apartado se expone la información más relevante obtenida del proceso de investigación, de acuerdo a las dimensiones de la variable en estudio **Bienestar Psicológico** : Salud mental, Autoestima, Depresión y Satisfacción Actual; según sexo, estado civil y con quien vive, de una muestra de Adultos Mayores que se encuentra participando en una Institución, cuyo trabajo se orienta exclusivamente a personas de tercera edad.

La muestra de Adultos Mayores en cuanto a la variable estado civil y con quien vive se evidencia que la gran mayoría de ella se encuentra en las categorías de casadas y viudas, igualmente la que vive con pareja y vive solo. Por tal motivo, se han considerado especialmente para la exposición de los hallazgos de la investigación,

Cabe consignar que la información se presentará según el orden antes señalado de las dimensiones de la variable en estudio, como una forma de ir respondiendo los objetivos planteados para cada una de ellas.

De acuerdo al Primer Objetivo para la dimensión **SALUD MENTAL**, que forma parte de la variable Bienestar Psicológico, se compone de tres categorías de respuesta, las que corresponden a “equilibrio”, “inestabilidad” y “desequilibrio” emocional. La muestra del presente estudio se distribuye entre “equilibrio” e “inestabilidad” emocional, concentrándose la mayoría en la categoría de “equilibrio” emocional, y en “inestabilidad” emocional se concentra la cuarta parte de la categoría anterior y del total ; por lo tanto, en “desequilibrio”

emocional no se presentan sujetos.

En cuanto al Segundo Objetivo, los resultados de esta dimensión relacionada con **sexo**, se obtiene que la mayoría de las personas de la muestra se ubican en “equilibrio” emocional, donde los hombres son moderadamente superior a las mujeres. En cambio, en “inestabilidad”, las mujeres son moderadamente superior a los hombres.

La Salud Mental relacionada con **estado civil**, el mayor porcentaje de la muestra se concentra en “equilibrio” emocional, y la cuarta parte de ésta en “inestabilidad”, tanto para las personas que son casadas como para las viudas.

Al asociar Salud Mental y con **con quién vive**, las personas que viven con pareja se ubican en su mayoría en “equilibrio”, ubicándose un pequeño porcentaje en “inestabilidad” emocional. Así mismo las personas que viven solas, las que presentan “equilibrio” e “inestabilidad” hombres y mujeres se distribuyen en forma homogénea, siendo levemente superior las personas que están en “equilibrio”.

Por otro lado, en relación al Tercer Objetivo se observa que, la categoría de “equilibrio” emocional se distribuye de manera relativamente homogénea, tanto en personas casadas, como en personas viudas. Cabe hacer notar que los hombres viudos en su totalidad presentan “equilibrio” emocional, mientras que los hombres casados se distribuyen en proporción importante en “equilibrio” y un bajo porcentaje en “inestabilidad” emocional.

Por otro lado, el considerar la variable con quién vive se observa, que las personas que viven con pareja se presentan en mayor proporción en “equilibrio” en relación a las personas que viven solas. Es importante destacar que existe una mayor presencia de hombres y mujeres solas, en relación a las viudas en la categoría de “inestabilidad” emocional.

De la información recolectada es posible mencionar que, respecto a las características similares de salud mental que tienen hombres y mujeres casados con los que viven con pareja, podría significar que el status de una relación legalmente constituida no es determinante de la salud mental de las personas, sino que es el tipo de relación establecida a la base, siendo en cualquiera de las situaciones entendida como una “familia” con importantes lazos afectivos. Las mujeres y hombres viudos presentan mayor “equilibrio” y menor “inestabilidad” emocional que las mujeres que viven solas. Y las mujeres que viven solas presentan menor “equilibrio” y mayor “inestabilidad” que la mujeres viudas. Al respecto, se podría pensar que tanto las personas viudas como las que están solas podrían ver afectado su Bienestar Psicológico de una manera similar. Sin embargo, al reparar en la distribución de la muestra total de acuerdo al estado civil y con quien vive, es posible puntualizar dos cosas : que no todos los que viven con pareja se encuentran casados, y que no todos los viudos viven solos sino que pueden estar compartiendo con una pareja o con familiares, entre otros, y estar recibiendo afecto, apoyo y cariño, a diferencia de las personas que vive sola, que carece de la compañía y afecto directo y permanente de una la familia y por lo cual sufre un deterioro en la salud mental. En este sentido la familia en general, cumple un rol importante en la entrega de apoyo y en la mantención de la identidad personal y social de los adultos mayores, según Kendig (1996) ofrecen experiencias que fortalecen lazos filiales con hijos y otros familiares

Si bien es cierto, tanto personas viudas como las que viven solas, se encuentran participando en una institución que favorece y facilita el establecimiento de redes sociales, al parecer la persona que vive sola no ha logrado constituir esta red social de apoyo con sus pares, Dohety (1993) lo considera éste como el principal amortiguador de los eventos

estresantes del medio. En relación a esto se sugieren dos explicaciones, puede ser que el adulto mayor se encuentre viviendo un duelo por lo cual no sienta interés y motivación para establecer o ampliar su red, o bien, que la persona al momento de la investigación estuviera incorporada recientemente a la institución, como para haber establecido lazos afectivos importantes con otros adultos mayores.

Respecto a la subvariable **AUTOESTIMA**, ésta se divide en positiva y negativa, las que se describen por separado.

De acuerdo al Primer Objetivo, en la **Autoestima positiva**, casi la totalidad de los sujetos se ubica en la categoría de “alta” autoestima positiva, mientras que sólo una pequeña cantidad de la muestra ocupa la categoría de “baja” autoestima positiva.

En la **Autoestima negativa**, cerca de la tres cuartas partes de las personas se concentran en “baja” autoestima negativa. En cambio, en la “alta” autoestima negativa, se ubica sólo un cuarto de la muestra.

Según el Segundo Objetivo, la **autoestima positiva** asociada a **sexo**, la totalidad de la muestra se ubica en “alta” autoestima positiva, distribuida por igual en hombres y mujeres.

En la autoestima positiva relacionada con **estado civil**, la mayor cantidad de la muestra, se ubica en “alta” autoestima positiva, compuesta por personas casadas y viudas, las que se distribuyen por igual en ambos estado civil.

En autoestima positiva asociada con **quién vive**, está dividida en personas que viven con pareja y que viven solas. La totalidad de la muestra de los que viven con pareja se ubican en “alta” autoestima positiva. A su vez los que viven solos, la mayoría se concentra

en “alta” autoestima positiva, quedando una mínima parte en “baja” autoestima positiva.

Referente a la **autoestima negativa** relacionada con **sexo**, la tres cuartas partes de los sujetos posee autoestima negativa “baja”, distribuida de forma homogénea entre hombres y mujeres.

En la autoestima negativa asociada con **estado civil**, las personas que están casados en su mayoría presenta autoestima negativa “baja”, y en los sujetos que están viudos, existe una notable diferencia entre aquellos que poseen autoestima negativa “baja” y autoestima negativa “alta”, siendo notablemente superior la primera.

En autoestima negativa relacionada con **quién vive**, la mayoría de los sujetos que viven con pareja, poseen autoestima negativa “baja” y la cuarta parte de la muestra presenta autoestima negativa “alta”. En cambio, los sujetos que viven solos, se distribuyen homogéneamente entre autoestima negativa “baja” y autoestima negativa “alta”.

De acuerdo al Tercer Objetivo en relación a la autoestima positiva, las personas que están casadas y viven con pareja, presentan autoestima positiva “alta”, la totalidad hombres y mujeres se distribuyen en igual proporción.

En autoestima positiva, las personas de la muestra que están viudas y viven solas, se ubican en mayor proporción en la categoría de autoestima positiva “alta”. Sin embargo, de las personas que viven solas y que poseen autoestima positiva “alta”, existe una diferencia entre hombres y mujeres, siendo los primeros moderadamente superior a los segundas. Alrededor de la cuarta parte de la muestra presenta autoestima positiva “baja”, siendo solo mujeres.

Estos resultados puede deberse a que las personas que son casadas, viudas y que viven con pareja, poseen una red de apoyo afectivo estable, según Barros (1992), que les

permiten satisfacer sus necesidades y enfrentar adecuadamente los conflictos personales.

Otro elemento que puede influir en mantener la autoestima positiva alta, de acuerdo a lo planteado por Corbella (1994), es que los sujetos desde la infancia han formado sus ideas y percepciones de sí mismos, basados en la experiencia personal, por lo tanto, al entrar en esta etapa de la vida y a pesar de las pérdidas emocionales y económicas, continúan percibiéndose satisfactoriamente.

Resulta interesante constatar que de las personas que viven solas, las mujeres tienen menor autoestima positiva “alta” que los hombres, considerando que participan en una institución la cual favorece la formación de redes sociales, las que tienen gran influencia en la valoración personal. Al respecto las diferencias pueden ser explicadas porque, las mujeres hayan quedado solas e ingresado recientemente a formar parte de esta institución, y por lo tanto, aún no han establecido sus redes sociales en dicha institución. Y los hombres pueden llevar un mayor tiempo participando en actividades de la institución, lo cual implica una mayor posibilidad de tener amigos.

En la autoestima negativa, se puede observar que tanto hombres como mujeres que son casadas y viven con pareja, presentan mayor autoestima negativa “baja”. Es posible que debido al proceso de socialización estas personas se encuentren desempeñando, los roles y funciones asignados de acuerdo al género de manera satisfactoria, lo que facilitaría según Barros (1989), la evaluación o calificación en términos favorables, adquiriendo seguridad en sí mismos por estar cumpliendo con las expectativas sociales.

Por otro lado, se observa que en la autoestima negativa “alta”, se ubican solo mujeres viudas. La pareja conyugal suele ser la fuente más importante de apoyo e información, la que sirve como retroalimentación para evaluar y mejorar conductas y

obtener a la vez, mayor seguridad en sí mismo, lo que se relaciona directamente con la mantención de la autoestima. A raíz de la pérdida y posible dependencia del cónyuge, las mujeres viudas de este estudio estarían presentando sentimientos de abandono y minusvalía, debido a la carencia del afecto y del apoyo de la pareja. Barros (1993), señala al respecto que, además se ve disminuída la capacidad para afrontar las demandas del medio y la autopercepción sufre un deterioro, que incide en la presencia de autoestima negativa.

En cuanto a la **DEPRESIÓN** y en relación al Primer Objetivo, la muestra de Adultos Mayores en estudio se distribuye en forma heterogénea en las cuatro categorías, considerando las variables independientes de sexo, estado civil y con quién vive.

Se constata que el mayor porcentaje de la muestra se concentra en la categoría de “ninguna” depresión, luego en segundo lugar se ubica “leve” depresión, en tercer y cuarto lugar se encuentra “moderada” y “severa” depresión respectivamente.

De acuerdo al Segundo Objetivo, la distribución por **sexo** evidencia que en “ninguna” depresión se presentan tanto hombres y mujeres en forma relativamente homogénea, con un predominio de los hombres por sobre las mujeres. En la categoría “leve” depresión se distribuyen en forma heterogénea, donde las mujeres corresponden al doble de los hombres. En “moderada” también se observa un mayor predominio de las mujeres, a diferencia en la categoría de “severa” donde se presenta únicamente hombres.

Las categorías de depresión relacionadas con **estado civil**, se observa que las personas casadas se concentran la gran mayoría en “ninguna” depresión, con una diferencia relativamente significativa en favor de los hombres respecto a las mujeres. En la categoría “leve” se distribuye diferencialmente hombres y mujeres, donde se observa una proporción

mayor de hombres respecto a las mujeres. En “moderada” el porcentaje de la muestra es bajo, y se encuentra solo presencia de mujeres y la categoría de “severa” no presenta individuos.

Respecto a las personas viudas se evidencia un porcentaje importante en la categoría de “ninguna” depresión, con una proporción mayoritaria de hombres en relación a las mujeres. En cambio “leve” depresión solo concentra mujeres. En referencia a depresión “moderada” se constata presencia de ambos sexos con una diferencia relativa en favor de los hombres, y finalmente la categoría de “severa” se encuentra desierta.

Al considerar distribución de la depresión según la variable **con quien vive**, se visualiza que la mayoría de la muestra que vive con pareja se encuentra en la categoría de “ninguna” depresión, sin embargo se observa una presencia significativa de hombres en relación a las mujeres. Por otro lado, en “leve” depresión se evidencia diferencias en favor de las mujeres respecto a los hombres y en la categoría de “moderada” corresponde parte de la muestra compuesta solo por mujeres con pareja. Finalmente, no existe porcentaje de la muestra concentrada en “severa” depresión.

En vive solo se observa igualmente mayor predominio de hombres por sobre las mujeres, donde se evidencia una diferencia altamente significativa en la categoría de “ninguna” depresión en favor de los hombres. En cambio en “leve” la relación es similar, pero la diferencia resulta ser medianamente significativa. Finalmente en “moderada” se observa igualmente diferencias, donde los hombres son relativamente superior que las mujeres y nuevamente en “severa” no se pesquisa ningún porcentaje de la muestra.

En relación al Tercer Objetivo, se observa mayor concentración de la muestra según estado civil y con quien vive en la categoría de “ninguna” depresión, con un mayor predominio de hombres. En “leve” depresión se distribuyen hombres y mujeres casados, con mayor predominio de mujeres, en cambio en personas viudas solo existen mujeres. Por otro lado, en la categoría de “moderada” depresión la presencia de la mujer es baja, no hay presencia de hombres casados y el predominio de hombres viudos en relación a mujeres viudas es superior.

Existen diferencias notables entre las personas viudas y las que viven solas. En “ninguna” depresión, la presencia de hombres es tres veces mayor que de mujeres y la presencia de éstas en “leve” es en forma exclusiva. Y en “severa” solo se encuentran hombres, es decir, los hombres solos se distribuyen en “ninguna” y “severa” depresión, a diferencia de las mujeres, que se evidencia ausencia de ellas en esta última categoría.

De acuerdo a diversos estudios se establece que la depresión aumenta con los años, considerado el trastorno de mayor importancia en la vejez. Vidal- Alarcón (1986), estima que alrededor del 4% de los adultos mayores sufre un estado de depresión menor.

La información recogida en esta variable respecto a los adultos mayores de la muestra sugiere que, la depresión como patología no es un rasgo que los caracterice, a pesar de la convicción que tienen algunos científicos y la población en general, que la depresión es un acompañante inevitable de la vejez. Vidal- Alarcón (1986), al respecto indica que en este grupo se incrementan las situaciones de pérdida que pueden llevarlo a caer en depresión con gran facilidad.

Por otro lado, Morages (1994) considera el envejecimiento como sinónimo de estado pre- depresivo ; en este sentido Vidal- Alarcón (1986), encuentra que este trastorno se

presenta en gran medida determinado por factores psicosociales. Esto hace suponer que los adultos mayores que participan en la Oficina del Adulto Mayor de Valparaíso, se encuentran “protegidos” en gran medida por contar con una red de apoyo social, lo que estaría favoreciendo un nivel satisfactorio de bienestar psicológico.

El hecho de que en “leve” depresión predomine notablemente en las mujeres en relación a los hombres, sugiere como indica Páez (1981), de una cierta vulnerabilidad para la mujer de sufrir depresión. Esto se respalda en investigaciones masivas que muestran que las mujeres tienen peor salud que los hombres, independiente de su estado social y familiar. Bebbington et al., (1981) ; Cleary y Machanic (1983), agregan que esta mayor incidencia se evidencia en trastornos psicológicos de carácter no psicótico.

En cuanto al estado civil, Cochrane (1988), señala que el estar casado se asocia con un riesgo relativamente menor para ambos sexos de sufrir depresión

Berkman y Syne (1979), entiende que el apoyo social corresponde a una cantidad de relaciones sociales en general o de orden específico, y una de ellas el matrimonio, dependiendo de las relaciones sociales que posean ayudarán a que las personas se aislen o se sientan integradas. House y Kahn (1985), indica que los contactos con amigos y familiares son esenciales para el mantenimiento del bienestar psicológico. Kendig (1986), considera el apoyo social, el estar casado como un factor fundamental en la configuración de relaciones informales de las personas de tercera edad.

En referencia a las personas viudas como grupo, se pesquisa una diferencia notable en favor de las mujeres respecto a los hombres en cuanto a la categoría de “ninguna” depresión, es decir, hay más mujeres viudas sin depresión en relación a los hombres viudos. Esta podría ser explicada por una mayor posibilidad y facilidad de establecer relaciones

interpersonales satisfactoria por parte de las mujeres, reafirmando la identidad y la estima personal. Tal vez las mujeres viudas vivan con otra persona pareja u otros, o bien se encuentren viudas hace muchos años, por lo tanto, se han adaptado a tal condición. Otra posibilidad es que además de participar en la Oficina Comunal del Adulto Mayor pertenezca a otros grupos.

Se observa que las personas que viven con pareja se concentra significativamente en la categoría de ninguna depresión respecto a los que viven solos. Estos resultados son semejantes a los arrojados en casados, los que confirman la importancia que tiene nuevamente la red social de apoyo, considerando la familia en primera instancia. Esto también puede ser aplicado a los hombres que viven solo y que presentaron depresión “severa”, es decir, escasez de relaciones interpersonales o haber sufrido recientemente pérdidas de personas cercanas, pero que de alguna manera tratan de sobrellevar el dolor.

Se observa que el factor protector de vivir con pareja, posee una situación semejante a los casados, ya que la ausencia de depresión, es decir, categoría de “ninguna” depresión es alrededor del doble que la categoría de “leve”. En cambio en las mujeres solas con mayor frecuencia presentan sintomatología leve, a diferencia de los hombres, presentando la misma relación pero sólo en hombres que están con pareja.

En relación al Primer Objetivo, la última dimensión de la variable en estudio presenta tres niveles de **SATISFACCIÓN ACTUAL**, donde la muestra se distribuye solo en los niveles de “alta” y “moderada”. El mayor porcentaje de la muestra se ubica en “alta” y corresponde al doble de la moderada satisfacción actual.

De acuerdo al Segundo Objetivo, según distribución por sexo se observa que la

proporción mayor de la muestra que se encuentra casada, se agrupa en la categoría de “alta” satisfacción, en que las mujeres se presentan en una proporción mayor que los hombres. En tanto en la categoría de “moderada” satisfacción se evidencia una distribución diferente, los hombres sobrepasan a las mujeres en un porcentaje importante.

En la distribución de las personas viudas de la muestra, se constata que la mayor parte de ésta se ubica en la categoría de “alta” satisfacción, se encuentra la totalidad de hombres viudos a diferencia de las mujeres. Por otro lado, en “moderada” satisfacción actual se evidencian solamente mujeres.

De acuerdo a **con quien vive**, se observa que la muestra que vive con pareja se concentra en la categoría de “alta” satisfacción, con una pequeña diferencia en favor para los hombres. En tanto en “moderada” satisfacción respecto a la relación anterior, esta resulta ser distinta, donde se observa una diferencia que favorece a las mujeres.

Al considerar la muestra que vive sola, se constata que la mayor proporción en “alta” se conserva en relación a lo anteriormente señalado, sin embargo, cabe hacer notar que en ella existe presencia de la totalidad de los hombres, mientras que las mujeres se distribuyen homogéneamente en “alta” y “moderada” satisfacción actual con la vida.

De acuerdo al Tercer Objetivo, con los datos obtenidos referente a la Satisfacción Actual, se aprecia que tanto los hombres casados como los viudos se ubican en “alta” Satisfacción Actual. Sin embargo, los casados poseen mayor satisfacción que los viudos.

Esto sugiere que los hombres con ambos estado civil, al dejar de trabajar ocurre un cambio de rol social, al pasar de trabajadores activos a pasivos, donde deben permanecer más tiempo en el hogar, que según Snell (1990), produce una disminución de la valoración y estima personal, porque ante este cambio social no poseen otras formas alternativas de

conducta.

Por otro lado, ambos se han integrado a grupos de personas mayores que pertenecen a la Oficina Comunal del Adulto Mayor, lugar donde se realizan diversas actividades y se promueve la asociatividad e integración de los senescentes a nivel social-comunitario. En este centro las personas mayores llevan a cabo actividades que, tal vez, antes no las pudieron realizar debido a la falta de tiempo por estar trabajando. Esto concuerda con lo que dice Corbella (1995), porque ahora (en la tercera edad) pueden disfrutar de más tiempo libre para descansar, instruirse y obtener mayor desarrollo personal, lo que al unirse con una adecuada salud, así como el poseer metas y objetivos y vivir más o menos central, influye directamente en la satisfacción y conformidad con la vida.

Cabe destacar, que unido a lo anterior, el hecho de que sean jubilados, no necesariamente implica que hayan abandonado por completo la actividad laboral, ya que, basados en Papalia (1992), puede ocurrir que algunos adultos mayores continúen trabajando en otras labores lucrativas o de beneficencia, lo que a la vez los ayuda a crear y mantener relaciones sociales que son básicas para brindar apoyo y reconocimiento social.

Para explicar las diferencias entre hombres casados y viudos, se puede estimar que los segundos, a pesar de haber perdido a su pareja y pertenecer a este centro, puede que participen en otra institución, como por ejemplo asociaciones de jubilados, lo que les permite continuar ocupados y activos, tanto a nivel intelectual, emocional y social.

Unido a esto, aquellos sujetos que son viudos, puede que no estén solos, es decir que mantengan alguna relación de amistad o de pareja, situación que concuerda con Bloom (1978), al decir que para los hombres es más fácil volver a establecer relaciones afectivas, porque socialmente los roles de paternidad no están muy arraigados.

Limitaciones del estudio: Se plantea como una primera limitación de esta investigación, la escasez de información respecto a la temática abordada.

A raíz de transición demográfica y envejecimiento de la población ha ido surgiendo un interés reciente de investigación al respecto, siendo la Salud Mental un aspecto que no había sido estudiado desde la perspectiva trabajada en este estudio.

De lo anteriormente expuesto se derivan algunas características que definen esta investigación como estudio de tipo “piloto” y de carácter exploratorio descriptivo, el cual se plantea como un primer acercamiento respecto al tema de la Salud Mental, desde una perspectiva distinta al modelo biomédico en este grupo etáreo. En tal sentido, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a la población Adulta Mayor, sino que éstos permiten concluir solo respecto a la muestra específica, en un contexto y tiempo determinado.

En cuanto a los instrumentos de medición utilizados, cabe hacer notar que no han sido previamente standarizados, por lo tanto, se desconoce información sobre el comportamiento de este grupo etáreo en esta batería de pruebas. Al respecto solo se cuenta con datos de aplicación en población joven.

Al considerar la gran importancia que tiene el Apoyo Social para el Bienestar Psicológico de las personas de tercera edad, variable que no fue evaluada y para profundizar en un trabajo posterior, se sugiere tenerla en cuenta así como también, el nivel socio económico y educacional de las personas, los que de haber sido considerados podrían haber aportado mayor información y riqueza, en relación a este grupo etáreo.

De acuerdo a los antecedentes expuestos, se considera relevante seguir estudiando a través de los mismos instrumentos a este grupo etáreo, pero con características diversas, por ejemplo, en adultos mayores institucionalizados, hospitalizados, etc., que pertenezcan a

clases sociales y áreas geográficas distintas.

Cálculo del error muestral

Considerando que los instrumentos aplicados a esta muestra, no poseen una standarización adecuada, se ha procedido a extraer el error muestral, con el Alfa de Crowbach y la correlación ítems test.

Para la validación de los instrumentos en estudio, se debe determinar el error que pudieran contener las respuestas de cada Test.

En base a la variabilidad en las respuestas de las preguntas, se selecciona la mayor varianza, en el Test. Esta se obtiene cuando el porcentaje de respuesta de los Test se encuentra más cercano al 50%. Así, con una confianza del 95%, el error de estimación, para cada Test, está dado por:

BECK: Nivel de Depresión
 valor Máximo $p=60\%$ E.E. = $\frac{1.96*(0.6*0.4)^{1/2}}{60}=0.016$

(Cuadro 7) 60

GHO : Salud Mental
 valor Máximo $p=76.7\%$ E.E. = $\frac{1.96*(0.767*0.233)^{1/2}}{60}=0.0138$

(Cuadro 8) 60

ROSEMBERG : Autoestima Positiva y Negativa

valor Máximo $p=100\%$, no se puede estimar el error estándar, por no haber variación, (Cuadros 9 y 10)

P42 : Satisfacción actual

valor Máximo $p=60,7\%$

$$E.E. = \frac{1.96*(0.667*0.333)^{1/2}}{60}=0.0153$$

(Cuadro 11)

60

Para el Test de Beck, se determinó con un 95% de confianza que el error de estimación es del 1,6%, lo que significa que este Test de Beck es confiable en un 98,4%. El Test GHQ, es confiable en un 98,6% y P42 en un 98,5%.

Por otra parte se calculó el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach, para cada uno de los test, resultando ser, según literatura:

TEST	ALFA – CRONBACH	RESULTADO
BECK	74%	BUENO
GHQ	78%	BUENO
ROSEMBERG POSITIVO	65%	ACEPTABLE
ROSEMBERG NEGATIVO	82%	BUENO

Análisis de correlacion

Para el estudio, de la relación entre las preguntas contenidas en cada Test, se efectuó un análisis de correlación de Spearman por tratarse de variables cualitativas. Este análisis considera un probabilidad de error del 5%, comparando el valor del estadístico de pruebas T-Student (en paréntesis ()), con el valor de la tabla de la distribución normal, $Z_{0,975}=2.0$.

La Matriz de correlaciones del Test de Beck, muestra que, en general, la relación entre las preguntas es bastante pequeña, con excepción de las preguntas P1 con P3 (0,524), P6 con P10 (0,509), P9 con P12 (0,543) y P10 con P13 (0,567), el resto presenta correlaciones inferiores a 0,5 aunque en algunos casos resultan estadísticamente significativas.

Situación similar ocurre con la Matriz de correlaciones del Test GHQ, en que solamente las preguntas P25 con P29, P26 con P30, P26 con P31, P30 con P31 y P31 con P32, resultan superiores a 0,5.

En la Matriz de correlaciones del Test de Rosenberg (A.E.P.) presenta correlaciones estadísticamente significativas, pero inferiores o iguales a 0,369.

En la Matriz de correlaciones del Test de Rosenberg (A.E.N.) presenta correlaciones estadísticamente significativas, con relaciones entre las preguntas bastante altas, sobre 0,556. Las preguntas P38 con P40 y con P41, son las únicas que presentan valores inferiores en su relación

Proyecciones del Estudio.

Con la información obtenida en el presente estudio respecto a los instrumentos utilizados, considerando la validez y confiabilidad de los instrumentos en la muestra en estudio, sería conveniente continuar su aplicación en otros grupos o muestras de Adultos Mayores, con el fin recopilar mayor información respecto a la forma de aplicación empleada.

Esta perspectiva para medir la Salud Mental, considera al Adulto Mayor de una manera más integral, por lo cual sería importante emplear esta batería de pruebas para elaborar, implementar y evaluar un programa de intervención, que tenga como objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

Debido al buen estado de Salud Mental de los participantes de la Oficina, prueba lo beneficioso que es para el Adulto Mayor contar con un espacio en el cual se promoció el rol activo y la asociatividad de los Adultos Mayores. Lo que ayuda a desmitificar la vejez y el envejecimiento.

REFERENCIAS

1. Ahumada, L. de la Revilla y Leitas, L. (1991). "El apoyo social y la atención primaria de salud". Revista Atención Primaria, vol. 8, nº 9, 664-666, España.
2. Alcántara, José Antonio, (1990). "Cómo educar la autoestima". Edit. Ceac, Perú.
3. Alvarez Solar, M. et al., (1992). "Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método". Revista Atención primaria, vol. 10, nº 6, 12-17.
4. Alvaro, José Luis et al., (1996). "Psicología Social del Desempleo". En Psicología Social Aplicada, Ed. Mc. Graw-Hill.
5. Álvaro, José Luis, (1992). "Desempleo y bienestar psicológico". Edit. Siglo XXI, Madrid- España.
6. Alvaro, José Luis, (1992). "Influencias sociales y psicológicas en la salud mental". De Siglo XXI, España.
7. Alvaro, José Luis, et al., (1994). "Desempleo femenino y bienestar psicológico: un análisis comparativo". En Trabajo, Organizaciones y Marketing Social. Pág. 151-157, Edit. P.P.U, Barcelona.
8. Banks, Michael H. et al., (1980). "The use of General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies". Journal of Occupational Psychology, nº 53, pag. 187-194.
9. Barraquer, Lluís, (1995). "Sobre los conceptos de salud y de enfermedad de la persona". En Temas de Salud Mental, pág. 195-203, Edit. Paidós, España.

10. Barros Carmen, (1989). "Envejecimiento en Chile". En Estudios Sociales, nº 60, 41-63.
Edit. C.P.U .
11. Barros Carmen, (1993). "Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores". En estudios Sociales, nº 77, 31-47. Edit. C.P.U.
12. Barros Carmen, (1994). "Aspectos sociales del envejecimiento". En O.P.S. La atención de los ancianos :un desafío para los años noventa., nº 546, 57-73. Publicación Científica.
13. Barros Carmen, (1996). "Las políticas sociales para los adultos mayores en Chile". Revista Trabajo Social, nº 68, 71-76. Universidad Católica de Chile.
14. Barros, C., (1976). "La situación del anciano en la sociedad actual". Revista de Trabajo Social, nº 17.
15. Barros, C., (1976). "La situación del anciano en la sociedad actual". Revista Trabajo Social, nº 17.
16. Benítez, M. A. y Vázquez, J. R., (1992). "Valoración del grado de autonomía de los ancianos". Revista Atención primaria, vol. 10, nº 7, 50-53.
17. Bestoglia Luis,(1995) "Psicología del Aprendizaje". Edit. Univ. Católica de Valparaíso.
18. Bochman, J.G. y Malley, M.P., (1977). "Self estation in Joung men: A longitudinal analysis of the impact of educational and ocupational attainment" Journal of Personality and social. Psychology, nº 35, 365-380.
19. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, (1986). "Percepciones sobre la salud del anciano en Colombia". Vol. 101, nº 6, 625-637.
20. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, (1989). "La salud en la tercera edad. Resultados preliminares de la encuesta de necesidades de los ancianos en América Latina y el Caribe". Vol. 107, nº 4, 347-356.

21. Boletín O.P.S., (1984).
22. Boletín O.P.S., vol. 107, nº 4, oct. (1989).
23. Buendía José, (1994). “Envejecimiento y Psicología de la Salud”. Edit. Siglo XXI, España.
24. CASEN, (1992).
25. Censo, (1992).
26. Corbella, Joan, (1995). “Autonomía y seguridad personal, trabajo, tiempo libre y salud mental”. En Descubrir la Psicología, nº 5, 31-33, Ediciones Folio S.A., Barcelona.
27. Corbella, Joan, (1995). “El anciano y la sociedad”. En Descubrir la Psicología, nº 27, 16-18, Ediciones Folio S.A., Barcelona.
28. De la Revilla, L. et al., (1991). “Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia”. Revista Atención primaria, vol. 8, nº 9, 48-53.
29. Díaz, Miguel Clemente, (1997). “Psicología Social Aplicada”. Edit. Pirámides S.A., Madrid.
30. Domínguez, Oscar , (1982). " La vejez, nueva edad social". Edit.. Andrés Bello, Chile.
31. Domínguez, Oscar, (1979). " La Vejez, Nueva Edad Social" . Ed. Andrés Bello, Chile.
32. Echebarría, Agustín y Páez, Darío, (1989). “Emociones: perspectivas psicosociales”. Edit. Fundamentos S.A., Madrid.
33. Escobar, María Cristina, (1996). " Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe : Aspectos sociales y de salud ". Edit.. Universidad de Chile.
34. Fernández Ballesteros, Rocío, (1987). “El ambiente. Análisis psicológico”. Edit. Pirámide S.A., Madrid, España.

35. Flórez Lozano et al., (1994). "Valor terapéutico del apoyo social en el anciano". Revista Geriátrica. Vol. 2, año 2,
36. FOSIS, (1997). "Bases de licitación. Prestación de servicios orientados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores". Ministerio de Planificación y Cooperación.
37. Furnham, Adrian, (1995). "Personalidad y diferencias individuales". Edit. Pirámide S.A., Madrid.
38. Fuste, Enrique, (1997). "El apoyo social en la intervención comunitaria". Edit. Paidós S.A. España.
39. Garoz Moreno, R., (1994). "Antropología de la muerte. Actitudes del anciano ante la muerte en Occidente y en el medio tradicional africano". Revista de Geriátria, vol. 3, año 3, 91-97.
40. González, R., (1993). "Viudedad, desarraigo y reajuste familiar en el anciano :un estudio de roles sexuales". Revista Iberoamericana de rehabilitación Médica, nº 45, 59-73.
41. Herce Mendoza, J.M., (1994). "Vejez y crisis de identidad". Revista Geriátrica, vol. 3, 31-34.
42. Hernández S. Roberto et al., (1991). " Metodología de la Investigación" . Ed. Mc Graw-Hill, México.
43. Hidalgo, M., (1998). "Radicales libres y su incidencia en el envejecimiento". En Seminario El Desafío de Sobrevivir, Universidad de Valparaíso, Chile.
44. Horton, Paul y Hunt, Chester, (1991). "Sociología". Edit. Mc Graw Hill, México.
45. Horwitz, Nina (1993). "El duelo como proceso ritual y la importancia de las redes de apoyo psicosocial". En Estudios Sociales, nº 77, 17-29. Edit. C.P.U., Chile.

46. Hyde, Janet Sh., (1995). "Psicología de la mujer ;la otra mitad de la experiencia humana". Ediciones Morata, Madrid, España.
47. I.N.P. (1989)
48. I.N.P, (1996). "La realidad del Adulto Mayor". Editado por Cáritas Chile, Departamento de Vejez y Envejecimiento, Melipilla, Chile.
49. Informe Comisión Nacional para Adulto Mayor, (1995).
50. Intendencia Regional, Estadísticas, (19). "La región en cifras".
51. Jahoda, M., (1987). "Empleo y desempleo :un enfoque social y psicológico". Ediciones Marata, Madrid, España.
52. Jeréz, Claudia et al. "Programa de desarrollo de la autoestima en pre-adolescentes de 11 a 14 años, Población lo Hermida, Stgo". Universidad Diego Portales, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Psicología.
53. Lehr Ursula, (1988). " Psicología de la Senectud, proceso y aprendizaje del envejecimiento". Ed.. Herder, Barcelona.
54. Litvak, Jorge, (1989). "Determinantes del envejecimiento sano". Revista Cuadernos Médico Legales, nº XXX, 3, 71-81.
55. Lolas, F., (1992). "Ciencias Sociales y Medicina". Edit. Universitaria.
56. Lolas, Fernando et al., (1992). "Ciencias Sociales y Medicina, perspectivas Latino Americanas". Edit. Universitaria, Chile.
57. Martínez Bruna, M. S. y Redín Larraz, J. M., (1993). "El síndrome general maligno en el anciano. A propósito de 344 observaciones". Revista Geriátrica, vol. 2, nº 4, 110-115.
58. Mézerville, de Gastón, (1993). "El aprendizaje de la Autoestima como proceso educativo y terapéutico". Revista Educación, 17 (1), 5-13.

59. Mideplan, (1997). "Situación de los adultos mayores en Chile. Resultados de la encuesta CASEN". Ministerio de Planificación y Cooperación. Santiago, Chile.
60. Ministerio de Salud, (1996). "Cuidado de la salud del Adulto Mayor en el nivel primario", Programa de Salud del Adulto Mayor.
61. Ministerio de Salud, (1997). "Manual de autocuidado del Adulto Mayor".
62. Morales, Francisco et al., (1994). "Psicología Social". Edit. Mc. Graw Hill, España.
63. Moscoso Suárez, L. et al., (1992). "Ansiedad ;emotividad y problemas sociales de ancianos de un medio urbano". Revista Geriátrica, vol. 1, nº 3, 86-90.
64. O.M.S., (1958). "Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez". En Cuadernos de Servicio Social, nº 10, Edit. Humanitaria, Buenos Aires.
65. O.M.S., (1993). "El envejecimiento y la capacidad de trabajo". Ginebra.
66. Papalia, Diana et al., (1992). "Desarrollo Humano".. Mc. Graw-Hill, Colombia.
67. Páez, D., (1986). "Salud mental y factores psicosociales". Edit. Fundamentos, Caracas.
68. Páez, D., Adrián, J. y Basabe, N., (1992). "Influencias sociales y psicológicas en la salud mental". Edit. Siglo XXI, España.
69. Pichot, Pierre, (1995). "DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Ed. Mason, Barcelona.
70. "Política Nacional para el Adulto Mayor", 1996.
71. "Proyecciones y estimaciones de la Población por sexo y edad". Comunas 1990-1995. Área Central.
72. Reig, Abilio y Fernández, Rocío, (1994). "Evaluación conductual en la vejez" En Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud. Edit. Pirámide S.A., Madrid.

73. Rhodes, Sonya, (1977). "Un enfoque de desarrollo del ciclo de vida familiar". Revista Social Casework, Mayo, 5-14.
74. Rodríguez, Jesús et al., (1993). "Salud Comunitaria". En A. Martín et al. Psicología Comunitaria. Pág. 39-51. Textos Visor, Madrid, España.
75. Rojas, Graciela y Ps. Reyes, Gabriela, (1992). "La vejez, un desafío en salud mental". Revista Psiquiatría, IX, 1124-1128.
76. Rosemberg, M., (1965). "Society and the adolescent self- emage". Edit. University Press.
77. Rossetti, Josefina, (1988). "Perspectivas femenina y masculina frente al trabajo". En ¿Diferentes o desiguales ? Programa Cooperativo CIDE-PILE OISE, pág.103-118.
78. Ruiz, Alfredo, (1994). "Qué nos pasa cuando estamos depresivos". De. Colección Experiencia Humana.
79. Selby, Philip y Griffiths, Adrian, (1986). "Guía para un Envejecimiento Satisfactorio". Edit. Parthenon Publishing, Inglaterra.
80. Sequeira, Doris, (1998). "La protección y el cuidado de las secuencias de la declinación de la vida en la vejez :El desafío para la Enfermería del próximo siglo". En Seminario el desafío de sobrevivir, Universidad de Valparaíso, Chile.
81. Serrano Morangues, A, y Roca Arlos, Y., (1994). "Valoración del estado anímico en la Tercera Edad". Revista Geriátrica. Vol. 3, año 3.
82. Tomás, M. T., Pujadas, F. et al., (1991). "Prevalencia de deterioro cognitivo en una población urbana en edad geriátrica". Revista Atención primaria, vol. 8, nº 5, 379-384.
83. Tresguerres, Jesús, (1996). "Aspectos fisiológicos del climaterio y de la menopausia".

84. Tresguerres, Jesús, (1996). "Funcionamiento gonadal en la tercera edad". En J. Fernández Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género, Pág. 213-235. Edit. Pirámide S.A., España.
85. Tresguerres, Jesús, (1996). "Reajuste sexual y de género en la vejez". En J. Fernández Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. Pág. 285-289. Edit. Pirámide S.A., España.
86. Tresguerres, Jesús, (1996). "Realización sexual y de género :implicaciones psicosociales".
87. Universidad Católica de Chile, (1993). "Tiempo nuevo para el adulto mayor, enfoque interdisciplinario". En Programa para el adulto mayor, Santiago.
88. Varela, Carlos, (1997). "Diagnóstico de la Salud mental de la población atendida por el Centro de Desarrollo Comunitario de la comuna de Villa Alemana", Tesis de grado, Universidad de Valparaíso, Valparaíso.
89. Vega, Humberto, (1997). "Impacto socioeconómico de las tendencias demográficas, Chile :2000-2024". En Seminario : Población, sociedad, y mapa político electoral del siglo XXI. Ministerio de Planificación y Cooperación Unidad de Estudios Prospectivos.
90. Valdovonitt, María Elena (1998). "Adulto mayor, perspectiva psicosocial". En Seminario El Desafía de Sobrevivir. Universidad de Valparaíso. Chile.
91. Varela, Carlos, (1997). "Diagnóstico de la Salud mental de la población atendida por el centro de desarrollo comunitario de la Comuna de Villa Alemana". Tesis de Grado, Universidad de Valparaíso, Chile.

92. Vergara, Ana y Páez, Darío, (1993). "Revisión teórico-metodológico de los instrumentos para la medición de la identidad de género". Revista de Psicología Social, 8 (2), 133-152. Univ. Del País Vasco, España.
93. Vidal, Alarcón, (1986). " Psiquiatría ",Edit. Médica Panamericana.
94. Warr, Peter et al., (1983). "Acerca de la independencia del sedimento positivo y negativo". En Revista de Personalidad y Psicología Social, vol. 44, nº 3, 644-651.
95. Yanguas Lezaun, J.J. y Leturia Arrazola, F.J., (1993). "Análisis de la utilización del tiempo libre en una residencia de ancianos". Revista Geriátrica, pág. 148- 151.

ANEXOS

GOLBERG HEALTH QUESTIONNAIRE

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Nos gustaría saber si Ud. ha tenido algunas molestias o trastornos y como ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que a su juicio se acercan más a lo que siente o ha sentido Ud. Recuerde que queremos conocer los problemas recientes y actuales, no los que ha tenido en el pasado.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía? | Mejor que lo habitual | Igual que lo habitual | Menos que lo habitual | Mucho menos que lo habitual |
| 2) ¿Sus preocupaciones le hecho perder mucho sueño? | No, en absoluto. | No más que lo habitual. | Bastante más que lo habitual. | Mucho más que lo habitual. |
| 3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida? | Más tiempo que lo habitual. | Igual que lo habitual. | Menos útil que lo habitual. | Mucho menos útil que lo habitual. |
| 4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? | Más que lo habitual. | Igual que lo habitual. | Menos que lo habitual. | Mucho menos capaz que lo habitual. |
| 5) ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? | No, en absoluto. | No más que lo habitual. | Bastante más que lo habitual. | Mucho más que lo habitual. |
| 6) ¿Ha sentido la sensación de que no puede superar sus dificultades? | No, en absoluto. | No más que lo habitual. | Bastante más que lo habitual. | Mucho más que lo habitual. |

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual.	Igual que lo habitual.	Menos que lo habitual.	Mucho menos que lo habitual.
8) ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual.	Igual que lo habitual.	Menos capaz que lo habitual.	Mucho menos capaz que lo habitual.
9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
10) ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto.	No más que lo habitual.	Bastante más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual.
12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual.	Aproximadamente lo mismo que lo habitual.	Menos que lo habitual.	Mucho menos que lo habitual.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.

Ante las siguientes preguntas se ruega marcar con una cruz, el número que usted considere que más se acerca a su realidad.

1. Me considero una persona útil para tener cerca.

Totalmente en Desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de Acuerdo

2. Puedo hacer las cosas tan bien como las personas de mi edad.

Totalmente en Desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de Acuerdo.

3. No tengo mucho de lo que estar orgulloso

Totalmente en Desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de Acuerdo.

4. Algunas veces pienso que no soy nada valioso.

Totalmente en Desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de Acuerdo.

5. Creo que soy tan valioso como persona como cualquier otro.

Totalmente en Desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de Acuerdo.

6. Siento que no puedo hacer nada bien.

Totalmente en Desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de Acuerdo.

7. Cuando hago algo, siempre lo hago bien.

Totalmente en Desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de Acuerdo.

8. Realmente no llego a ninguna parte con mi vida.

Totalmente en Desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente de Acuerdo..

AGRADECEMOS SU VALIOSA COOPERACION.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Lea con atención cada una de ellas. Entonces, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Haga un círculo en el número que está al lado de la afirmación que ha escogido. Si varias afirmaciones en el grupo parecen identificarle igualmente, haga un círculo alrededor de cada una.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de escoger una.

- 1) 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo dejar de estarlo.
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

- 2) 0 No estoy especialmente desalentado acerca del futuro.
1 Me siento desalentado acerca del futuro.
2 Siento que no puedo esperar nada bueno del futuro.
3 Siento que no hay esperanzas para el futuro.

- 3) 0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3 Soy un fracasado total como persona.

- 4) 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
1 No disfruto de las cosas como antes.
2 No obtengo verdadera satisfacción en nada.
3 Me siento descontento y aburrido de todo.

- 5) 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable buena parte del tiempo.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

- 6) 0 No siento que estoy siendo castigado
1 Siento que quizá esté siendo castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

- 7) 0 No me siento decepcionado de mí mismo.
1 Me siento decepcionado de mí mismo.
2 Siento aversión hacia mí mismo.
3 Me odio a mí mismo.

- 8) 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me critico a mí mismo por mis debilidades y errores.
2 Me culpo continuamente por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) 0 No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
1 A veces pienso en matarme, pero no lo haría.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10) 0 No lloro más que antes.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Ahora lloro todo el tiempo.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11) 0 No estoy más enojado de lo que suelo estar.
1 Me molesto o enojo más fácilmente de lo que solía.
2 Ahora me siento enojado todo el tiempo.
3 Ahora no me enojan en absoluto las cosas que antes me enojaban.
- 12) 0 No he perdido mi interés por las personas.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido gran parte de mi interés por lo demás.
3 He perdido todo el interés por los demás.
- 13) 0 Tomo decisiones tan bien como antes.
1 Evito tomar decisiones más de lo que solía.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14) 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Me preocupa que estoy luciendo viejo y poco atractivo.
2 Siento que he sufrido cambios permanentes en mi apariencia que me hacen lucir poco atractivo.
3 Me siento feo y poco atractivo.
- 15) 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
1 Tengo que esforzarme más que antes para comenzar a hacer algo.
2 Tengo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
3 Ya soy incapaz de hacer nada.
- 16) 0 Puedo dormir tan bien como antes.
1 No puedo dormir tan bien como antes.
2 Me despierto 1 o 2 horas de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volverme a dormir.

- 17) 0 No me siento más cansado que antes.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso al hacer casi cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer casi cualquier cosa.
- 18) 0 Mi apetito no ha disminuído.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.
- 19) 0 Últimamente no he perdido peso.
1 He perdido más de dos kilos.
2 He perdido más de cuatro kilos.
3 He perdido más de siete kilos.
Estoy intentando bajar de peso a propósito comiendo menos.
Sí--- No---
- 20) 0 No estoy más preocupado por mi salud de lo corriente.
1 Me preocupan problemas físicos como dolores, malestares de estómago o resfríos.
2 Me preocupan las enfermedades y me es difícil pensar en otra cosa.
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otra cosa.
- 21) 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
3 He perdido completamente mi interés en el sexo.

ITEM SOBRE SATISFACCION ACTUAL.

¿Cuál es el grado de satisfacción con su vida actual ?

ENCUESTA PRELIMINAR

Para efecto de un estudio a realizar en la Oficina Comunal del Adulto Mayor, se solicita a Ud. que conteste las siguientes preguntas:

IDENTIFICACION:

.-Nombre:

.-Edad:

.-Sexo:

.-Fecha de Nacimiento :

ESTUDIOS:

¿Cuáles fueron los últimos cursos realizados por ud.? (Señale sólo una alternativa).

No tengo estudios.

Enseñanza Básica incompleta.

Enseñanza Básica completa.

Enseñanza Media o Técnica incompleta.

Enseñanza Media o Técnica completa.

Estudios Superiores incompletos.

Estudios Superiores completos.

Otros, ¿Cuáles?.

ACTIVIDAD LABORAL:

- Económicamente activo/a.
- Cesante.
- Pensionado/a por incapacidad.
- Jubilado/a.
- Dueña de casa.

ESTADO CIVIL ACTUAL:

- Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente Separado/a

Señale con quien vive en la actualidad. (Marque sólo una actualidad).

- Solo/a.
- Esposo/a, compañero/a.
- Esposo/a e hijos.
- Sólo hijos.
- Padres y hermanos.
- Sólo hermanos.
- Otros ¿Quiénes?.

Durante el último año ¿ha consultado a algún psicólogo, psiquiatra o neurólogo?

NO----- SI-----

¿Por qué problema?-----

Actualmente ¿se encuentra Ud. en algún tipo de tratamiento médico o psicológico?

NO----- SI----- ¿Por qué?-----

¿Desde cuándo Ud. participa en la Oficina Comunal del Adulto Mayor?

Desde-----

¿En qué actividades participa?-----

En el futuro, si fuese necesario, ¿Ud. contestaría otros cuestionarios? NO---- SI-----

!!!!Se agradece su colaboración!!!!