



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DEL
ADULTO MAYOR EN CONTEXTO DE POBREZA”**

**SEMINARIO PRESENTADO A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA Y AL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

PROFESORA:

CLAUDIA MIRANDA

INTEGRANTES:

CAMILA AHUMADA

DANIELA ARROYO

PAMELA HERNÁNDEZ

VALERIA POYANCO

VALPARAISO, MIÉRCOLES 11 DE ENERO DE 2012

Agradecimientos Grupales

Quisiéramos agradecer a todas las personas que formaron parte esencial en las distintas fases de éste trabajo, donde cabe destacar la participación genuina de cada una de las personas que decidió abrir las puertas de sus casas, que amablemente se tomaron el tiempo de conversar con nosotras, aportando sus conocimientos y experiencias.

En segundo lugar queremos agradecer a SENAMA V Región por confiar en nuestra propuesta investigativa facilitándonos el acceso a este mundo desconocido por muchos, en particular al coordinador del programa Vínculos en la región, el Sr. Sergio Jara así como también a Marisel Mendoza por confiar en lo que hacíamos, alentándonos siempre a seguir, aún cuando la meta se veía lejana. Junto a esto, la colaboración de los agentes monitores hacia la entrega de las herramientas que nos permitieran una favorable recepción en el grupo adulto mayor, así como también su disposición a facilitar nuestra llegada a cada domicilio.

Por último sentimos la necesidad de agradecer a todas las personas que forman parte de la comunidad de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, en particular a los funcionarios y profesores que nos han guiado, inspirado y motivado en seguir adelante. Agradecemos en particular a nuestra profesora Claudia Miranda por creer y confiar en nosotras guiándonos hasta buen puerto.

Agradecimientos Personales

Luego de un año de arduo trabajo, de acumulación de valiosas experiencias, de unos cuantos momentos difíciles y tantos momentos alegres, deseo agradecer a todos quienes fueron mi incentivo, inspiración y mi apoyo en este proceso.

Primero a cada uno de los adultos mayores que con gentileza nos abrieron las puertas de sus casas, de sus recuerdos y de sus emociones, permitiéndome aprendizajes que trascienden lo que espere de esta investigación, desafiando incluso mis creencias y prejuicios. En segundo lugar, a quienes se interesaron en nuestra investigación, aportándonos y guiándonos a través sus conocimientos, como lo fueron los profesionales del programa vínculos, mi amiga Isabella y particularmente nuestra profesora guía, Claudia Miranda por su confianza y respaldo.

Por otra parte, a Daniela, Pamela y Valeria, compañeras durante estos valiosos años como estudiante de psicología y durante esta investigación, además de valiosas amigas, por el esfuerzo que juntas realizamos, por los desafíos constantes, por el apoyo en los momentos angustiantes y la disposición durante todo el año.

Finalmente, a todos aquellos cercanos a mi corazón tíos, primos, amigos, hermanos Matías y Tamara, a mis abuelos y a mis padres Sergio y Gladys quienes vivieron conmigo este proceso, quienes celebraron cada avance, sufrieron cada preocupación y obstáculo y son mi respaldo cada día. Gracias, por ser quienes me acompañan cada día a ser lo que me gusta ser, lo que soy.

Camila Ahumada Fierro

Durante los cinco años de éste proceso académico han sido muchas las personas que han participado de diversas maneras, brindando la atención y apoyo emocional que muchas veces requería en momentos de alegría y sobrecarga universitaria.

A mi familia, padres y hermano por estar siempre al tanto de los avances obtenidos a pesar de encontrarme en otra ciudad y brindarme la confianza que necesité día a día y cada noche, infinitas gracias.

A mis amigos y amigas por entender y mantener una amistad que dados los caminos que cada uno eligió entre dos ciudades, también me sirvió para seguir adelante en estos años de estudios a pesar del cansancio, manteniendo la convicción que cada acción realizada valía la pena y planear juntos un futuro como profesionales en ámbitos relacionados, lo cual reafirmaba aún más mi gusto e interés por la psicología.

A la profesora guía Claudia Miranda por mostrar confianza en lo que ésta investigación podía lograr y entregar herramientas que nos permitieran tranquilidad en momentos de complicación durante el año.

A las que los primeros días de clases fueron “compañeras” de carrera y pasaron a convertirse en amigas y apoyo importante durante estos cinco años, así como también a aquellas personas que conocí fuera de la universidad y que aún siguen compartiendo mis alegrías luego de haber finalizado y al mismo tiempo comenzado este largo y continuo proceso de formación personal y profesional.

Daniela Arroyo Zapata

Primero que todo me gustaría agradecer a cada uno de los integrantes de mi familia, sobre todo a mis abuelos Ana y Juan por amarme y cuidarme como a una hija más, no sólo a lo largo de este proceso sino toda mi vida, los amo con todo mi corazón!

Me gustaría agradecer también a mis padres, en especial a mi mamá Jeanette la cual desde muy chiquitita inspiró y sembró mis ganas por explorar e intentar comprender las cosas del mundo desde la esfera del conocimiento, siempre preocupándose y ayudándome en todo lo que necesitara, con mucho cariño y un infinito amor.

Quiero agradecer a mis hermanos, tíos y primos y amigos por quererme y comprenderme a pesar de todo, y por brindarme aliento y energía sobre todo en los momentos difíciles a lo largo de mi vida.

Por último, quiero agradecer a mi Miguel, el cual me ha acompañado, ayudado, comprendido y por sobre todo amado durante la mayor parte de mi proceso en la universidad...espero seguir viviendo y creciendo bajo el alero de tu incondicional amor.

Pamela Hernández Santana

En primer lugar agradezco infinitamente a mis padres, ya que son las personas más importantes en mi vida y las que me han apoyado incondicionalmente durante estos cinco años, gracias a ellos pude cumplir mi sueño de estudiar y además de ser feliz.

Mi madre ha sido un apoyo emocional importantísimo, preocupándose constantemente por todos los aspectos de mi vida.

Mi padre es una de las personas por las cuales me esforcé constantemente y espero haber cumplido uno de sus sueños.

Gracias a estas dos personas soy la persona que soy.

Mi hermano, también ha sido una persona que me ha apoyado a la distancia, pero que al fin y al cabo se ha preocupado de celebrar mis triunfos y de darme una de las mayores alegrías de mi vida, que es mi sobrina Antonia.

Además debo agradecer a mis compañeras de tesis con las cuales compartimos mucho tiempo, lo que nos permitió conocernos y marcar un momento de suma importancia para todas, por eso siempre serán parte de un término de ciclo en mi vida.

Por último, doy gracias a nuestra profesora Claudia Miranda, la cual confió en nosotras siempre y nos dio el ánimo para seguir adelante a pesar de los obstáculos

Valeria Poyanco Nieto

INDICE

1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	12
2.PREGUNTA DE INVESTIGACION, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	21
2.1 Pregunta de Investigación	21
2.2 Objetivo General	21
2.3 Objetivos Específicos	21
2.4 Hipótesis	22
3.MARCO CONCEPTUAL Y EMPÍRICO	24
3.1 Envejecimiento y tercera edad	24
3.1.1 Desarrollo del Concepto de Tercera Edad	26
3.1.2 Caracterización de la Etapa	28
3.1.3 Síntesis	29
3.2 Pobreza	30
3.2.1 Definiciones	30
3.2.2 Enfoques	33
3.2.3 Pobreza en Chile	35
3.2.4 Medición de la Pobreza	36
3.2.5 Ficha de Protección Social	37
3.2.6 Adulto Mayor en Situación de Pobreza en Chile	38
3.2.7 Síntesis	39
3.3 Sucesos Vitales Estresantes	41
3.3.1 Definiciones	41
3.3.2 Enfoque Social del Concepto de Estrés	43
3.3.3 Sucesos Vitales Estresantes y Adulto Mayor	44
3.3.4 Sucesos Vitales Estresantes y Pobreza	47
3.3.5 Síntesis	49
3.4 Estrategias de Afrontamiento	50
3.4.1 Definiciones	50
3.4.2 Modelo de Lazarus	52
3.4.3. Estrategias de Afrontamiento en la Tercera Edad	55
3.4.4 Estrategias de Afrontamiento y Salud Mental en el Adulto Mayor	56

3.4.5	Estrategias de Afrontamiento y Funcionalidad del Adulto Mayor	57
3.4.6	Estrategias de Afrontamiento y Género en el Adulto Mayor	58
3.4.7	Estrategias de Afrontamiento y Pobreza	59
3.4.8	Síntesis	60
3.5	Apoyo Social	62
3.5.1	Definiciones de Apoyo Social	63
3.5.2	Perspectivas en el estudio del Apoyo Social	66
3.5.3	Fuentes del Apoyo Social	67
3.5.4	Efectos del Apoyo Social	67
3.5.5	Apoyo Social en el Adulto Mayor	68
3.5.6	Apoyo Social y Pobreza	71
3.5.7	Apoyo Social, Salud Mental y Bienestar Psicológico	74
3.4.5	Síntesis	76
3.6	Salud Mental	79
3.6.1	Salud Mental en el Adulto Mayor	81
3.6.2	Salud mental en el Adulto Mayor y Factores Psicosociales	85
3.6.3	Bienestar	87
3.6.3.1	Modelos Teóricos del Bienestar	88
3.6.3.2	Perspectivas de Estudio	90
3.6.4	Bienestar Psicológico y sus Definiciones	91
3.6.5	Modelo Explicativo del Bienestar Psicológico de Ryff	92
3.6.6	Bienestar y Pobreza	93
3.6.7	Bienestar y Adulto Mayor	95
3.6.8	Síntesis	97
4.	MARCO METODOLÓGICO	100
4.1	Diseño de Investigación	100
4.2	Muestra	100
4.3	Procedimiento	101
4.4	Instrumentos	102
4.5	Plan de Análisis de Datos.	110
5.	RESULTADOS	111
5.1	Características Sociodemográficas	111

5.2 Distribución Variables Clínicas y Psicosociales _____	119
5.3 Factores relacionados con la salud mental del adulto mayor en situación de pobreza. ____	121
5.3.1 Factores Sociodemográficos _____	121
5.3.2 Factores Clínicos y Psicosociales _____	124
5.3.2.1 Relación con Sintomatología Psicofisiológica _____	124
5.3.2.2 Relación con Bienestar Psicológico _____	127
6.DISCUSIÓN _____	130
6.1 Caracterización Sociodemográfica y Clínica _____	130
6.2 Factores Sociodemográficos y Salud Mental _____	132
6.3 Factores Clínicos, Psicosociales y Salud Mental _____	133
6.3.1 Apoyo Social y Salud Mental _____	133
6.3.2 Estrategias de Afrontamiento y Salud Mental _____	134
6.3.3 Riesgo de Trastornos Psicósomáticos (Sucesos Vitales Estresantes) y Salud Mental__	137
7.FORTALEZAS Y LIMITACIONES _____	139
8.CONCLUSIONES _____	141
9.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	143
ANEXO 1 _____	154

RESUMEN

Introducción: Uno de los grupos etarios que posee mayores características de vulnerabilidad, es la tercera edad y más aún cuando éstos se encuentran en un contexto adverso como es el caso de la pobreza. Debido a lo anterior, surge la importancia de ahondar y de generar estudios que investiguen cómo ciertas variables psicosociales se relacionan, en esta situación particular con la salud mental del adulto mayor.

Metodología: El objetivo de la presente investigación fue determinar si existió una correlación significativa entre los factores psicosociales; apoyo social, estrategias de afrontamiento y riesgo de trastornos psicosomáticos (sucesos vitales estresantes) y la salud mental del adulto mayor en situación de pobreza, considerando ésta desde el punto de vista del bienestar psicológico y la presencia/ausencia de sintomatología psicofisiológica. Se hizo con base en el análisis de instrumentos cuantitativos aplicados a una muestra de 70 adultos mayores que formaban parte del programa Vínculos del Servicio Nacional del Adulto Mayor, en tres comunas de la provincia de Marga-Marga en la Quinta región de Chile.

Resultados: En cuanto al apoyo social formal e informal se encontró una relación significativa con bienestar y sintomatología psicofisiológica, respectivamente. Además, en relación a la variable estrategias de afrontamiento, éstas se relacionan de manera estrecha con ambos componentes de la macro-variable Salud Mental. En relación a lo anterior es preciso señalar además que algunas estrategias disfuncionales se asocian con una mayor presencia de sintomatología psicofisiológica y con niveles menores de bienestar psicológico.

Conclusión: Se logró describir los factores psicosociales que se encuentran relacionados con la salud mental del grupo estudiado, evidenciando de esta forma, la relevancia de la creación y mejoramiento de las intervenciones en este grupo particular.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En Chile, al igual que varios países desarrollados y en vías de desarrollo, los datos estadísticos indican un envejecimiento de la población, es decir, un creciente aumento del grupo etario que incluye a todas las personas mayores de 60 años. Es así, como de acuerdo a la publicación de gobierno del Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] del 2009, en 1970 los datos indicaban que la población mayor a 60 años representaba el 8%, en comparación al año 2002, donde ésta ya representaba el 11,4 %. Por otro lado, de acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica [CASEN] extraída del Ministerio de Planificación ([MIDEPLAN], 2010) el año 2009 éste grupo comprendía el 15% de la población general, proyectándose que para el año 2025 este grupo representara el 20% de ésta misma población. A esto se suman las alzas en la expectativa de vida “*que hoy en día supera los 78 años, e incluso los 80 en el caso de las mujeres*” (SENAMA 2009 pág. 6) y una dramática disminución de la tasa de natalidad, generando un ritmo sostenido en el crecimiento de éste grupo etario.

Ante esta contingencia, un objetivo importante para toda la población debiese estar dirigido a encontrar un modo de transformar estas cifras, en una oportunidad para el logro de nuevas políticas dirigidas a mejorar la calidad de la salud en la población, donde el bienestar general y el psicológico en particular sean una garantía para toda la comunidad de adultos mayores. A través de la promoción de la salud, definida como el “*proceso que facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre su salud y mejorarla*” (Organización Mundial de la Salud [OMS] citado en OMS, 2004, p.4) y que como grupo etario tienen características, necesidades y vulnerabilidades específicas que deben ser

atendidas de manera satisfactoria e integral, se contribuye también a un envejecimiento más saludable.

Abordar la temática sobre salud mental y bienestar psicológico en el adulto mayor implica reconocer la influencia de múltiples factores que van desde la índole gubernamental como son las políticas públicas, hasta el ámbito psicológico y social, que incluye no sólo el paso adecuado de cada individuo por las etapas del desarrollo del ser humano, sino también la disponibilidad de apoyo social y la calidad del contexto económico y cultural en el que está inmerso, entre otros. Los factores mencionados interactúan de manera compleja, repercutiendo en la fortaleza con la que el adulto mayor se ve enfrentado a los desafíos de ésta etapa del ciclo vital.

Según Erikson (1985) un ciclo vital individual no puede comprenderse satisfactoriamente fuera del contexto social en el que se realiza, ya que ambos se encontrarían interrelacionados dinámicamente. Desde la teoría de dicho autor, la etapa en la que se encuentra el adulto mayor se caracteriza por la sensación de inutilidad como consecuencia de enfermedades, ideas y expectativas acerca de la muerte. Además, la consecución o no de las tareas de esta etapa, como por ejemplo adquirir un sentido por el significado encontrado en la historia de vida (Bordignon, 2005), influye de distinta manera en la forma cómo el adulto mayor percibe su propio bienestar.

Otras descripciones de este grupo etario consideran que la vejez debe ser comprendida no como una etapa estática, sino como una etapa de diversos cambios asociados al retiro laboral, al cambio de las relaciones sociales y las pérdidas vinculares, las

cuales en un alto porcentaje de casos llevan al debilitamiento de la red social del individuo que envejece (SENAMA, 2009).

Otra característica importante a tener en cuenta respecto a ésta etapa, es la vulnerabilidad existente ante diversos trastornos y patologías específicas, las cuales muchas veces conllevan situaciones de discapacidad y dependencia para el adulto mayor. (SENAMA, 2009). Algunos datos refieren que los trastornos del ánimo tienen una prevalencia de vida de 16,3% en Chile, y entre estos, los cuadros depresivos son los más relevantes, con una prevalencia de vida de 11,3% en la población general. Particularmente, la prevalencia de depresión de la población adulto mayor en Santiago de Chile alcanza el 5,6%, cifra que pasa a ser menor que la presentada por la población general, (Santander, 2000).

En esta población las problemáticas de salud mental, están frecuentemente relacionadas a recursos sociales con los que se cuenta, como por ejemplo, el apoyo social. De acuerdo a Palomar (2007) el apoyo social se refiere a la ayuda potencial con la que cuenta un sujeto a través de su pareja y/o su familia en primer lugar, y en segundo término de sus amigos(as) íntimos(as), la comunidad, vecinos o compañeros de trabajo. Además existen aquellos grupos capaces de brindar ayuda, los cuales se conocen como redes sociales y permiten al sujeto responder de una manera más adaptativa a situaciones reales y/o potenciales consideradas por éste como altamente demandantes (Acuña & Bruner 1999; Aduna, 1998; Barrón, 1996; Fernández del Valle, 1996; Gutiérrez, 1997; Lemos, 1996; Sinibaldi, 2001 citados en Palomar, 2007). De ésta manera, el apoyo social se torna imprescindible para la población adulto mayor. Según Gracia (1997), la presencia de apoyo

en la red social del anciano no solamente está relacionada con la buena salud mental, sino que también parece actuar como mecanismo protector, reduciendo la tensión y la ansiedad, además de afirmar los sentimientos de valor personal y autoestima.

La OMS (2004) define salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, destacando la importancia de definir el concepto propio de salud mental, siendo ésta *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2001 citado en OMS, 2004. p.14).

Complementando esta definición, Ryff, (1989) enuncia su modelo denominado *“Modelo Integrado de Desarrollo Personal”* (citado en Romero, García-Mas, Brustad, 2009) y se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial. En su modelo multidimensional se incluyen los seis componentes relacionados con el desarrollo humano y el funcionamiento psicológico positivo, como son la autonomía, autoaceptación, relaciones positivas con otros, dominio ambiental, propósito en la vida y crecimiento personal a través del ciclo de vida (Ryff & Singer, 2001).

La relación existente entre apoyo social y bienestar psicológico es bastante estrecha al influir como un agente que mediará la consecución hacia una salud mental positiva en el adulto mayor.

El contexto de pobreza puede ser considerado como un estresor psicosocial que afecta la salud mental dado los recursos tanto individuales como sociales que las personas deben

desplegar para un afrontamiento adecuado de dicho contexto (Barrón, López de Roda y Sánchez, 2001).

La pobreza es un fenómeno que se ha mantenido presente durante años de forma importante tanto a nivel nacional como mundial. El combate contra esta y la erradicación de la indigencia han sido temas que por décadas ha concentrado los esfuerzos y la atención de múltiples entidades gubernamentales y no gubernamentales que sin duda han generado provechosos avances, pero no han logrado el objetivo inicial de manera total.

En Chile de acuerdo a Larraín (2008) la pobreza se mide cotejando el ingreso familiar con el costo de una Canasta de Satisfacción de Necesidades Básicas (CSNB) que contiene un grupo de bienes y servicios valorados a precios de mercado. En esta misma línea, el Ministerio de Planificación el 2010 [MIDEPLAN], revela que los índices de pobreza en Chile se obtienen a través de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN). Estas mediciones indican que en la última década la pobreza ha disminuido desde 38,4% de pobreza y 12,8% de indigencia a 15,1% de pobreza y 3,7% de indigencia el año 2009. Sin embargo, esta disminución de los índices se contradice con el aumento presentado en relación a los datos de la anterior medición, ya que el año 2006 el índice de pobreza alcanzaba solo el 13,7% y el de indigencia un 3,2% de la población general. Estos antecedentes muestran que, a pesar de los constantes esfuerzos realizados por los distintos actores sociales orientados a combatir esta realidad aún existe un importante sector de la población que se encuentra en tal condición. Del 16,9% de personas catalogadas en situación de pobreza e indigencia, el 6,8% corresponde a la población adulta mayor de la categoría pobreza, mientras que el 2,1% corresponde al nivel de indigencia. Por otro lado,

la información sobre los hogares en que habitan personas mayores y su ubicación por quintiles de ingresos que entrega la encuesta CASEN (2006) muestra que alrededor del 40% de estos hogares corresponde a los 2 quintiles más pobres. Asimismo, la población de mayores en los quintiles de menores ingresos se incrementó sostenidamente entre 1990 y 2006, mientras descendió la proporción de personas de edad en los quintiles de mayores ingresos (SENAMA 2009).

Los índices antes descritos sobre la estimación del crecimiento de la población adulta mayor y el aumento en la esperanza de vida permiten suponer que el porcentaje de ancianos en situación de pobreza siga creciendo en los próximos años. Siendo esta tendencia la que dirige esta investigación, considerando los efectos directos e indirectos que la situación de pobreza supone tanto para la salud como para el apoyo y las redes sociales de las que dispone el adulto mayor.

En relación a esto, Palomar confirma los efectos del nivel socioeconómico sobre el apoyo social buscado y recibido por la persona. Sus hallazgos indican que la pobreza suele afectar a diversos miembros de la misma familia, de tal forma que la escasez de recursos puede impedir que la ayuda entre estos se lleve a cabo. Ante este hecho, se suele buscar ayuda de otras redes sociales, como los vecinos, convirtiéndose en una fuente de apoyo sumamente importante para los que menos tienen (Ahluwalia, et al., 1998; Latkin & Curry, 2003; Orthner, et al., 2004 citados en Palomar 2007).

Teniendo en cuenta lo recién descrito, la presente investigación abordará el tema de la pobreza en el adulto mayor, como una condición social que puede precipitar o exacerbar la disfunción mental en esta población en particular (Barrón, 1989). Dentro de esta tónica

entra en juego el estrés, el cual puede tener sus orígenes en la calidad de la vida comunitaria y vecinal o en las exigencias de la vida diaria (Barrón, 1989).

Aquí se hace importante tener en cuenta la distribución del estrés a través de las clases sociales como el determinante clave de las diferencias de clase en los trastornos de orden mental. Aquí, las clases sociales más bajas, tendrían mayores tasas de psicopatología porque experimentan más acontecimientos vitales estresantes, teniendo una mayor probabilidad de exponerse a este estrés en sus experiencias cotidianas. Estudios llevados a cabo plantean que existiría una diferencia cuantitativa entre las clases sociales respecto a la frecuencia de los sucesos vitales estresantes que experimentan, (Dohrenwend; Myers, citado en Barrón 1989). Los sucesos vitales estresantes se definen como aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables, (Barrón citado en Barrón 1990).

Según Ryan y Deci (2001) la frustración de las necesidades básicas se traducirá en consecuencias psicológicas negativas. De esta manera, al encontrarse en situación de pobreza, el adulto mayor se ve en la necesidad de desplegar recursos y estrategias de afrontamiento para enfrentar dicha situación.

A partir de lo anterior es posible reconocer la estrecha relación entre el estrés (sucesos vitales estresantes) y la situación de pobreza, entendiendo a ésta última no sólo como una condición social que afecta e influye de forma negativa, sino también como un sustrato capaz de generar experiencias objetivas que causan un reajuste psicosocial sustancial, tales como los sucesos vitales estresantes a los cuales se debe hacer frente. (Holmes, citado en Sandin, 2003)

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984, p.141) definen el afrontamiento como *"aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"*. Las estrategias de afrontamiento pueden ser utilizadas de distintas formas por las personas, focalizándose en el problema en sí mismo, es decir, realizando conductas específicas o focalizándose en la regulación de las emociones, las cuales no implican necesariamente realizar acciones para resolver la situación.

El adulto mayor en situación de pobreza, se encontraría rodeado de diversas situaciones difíciles y estresantes que implican sobrellevarlas constantemente, mediante las llamadas estrategias de afrontamiento.

Según algunas investigaciones, las estrategias de afrontamiento irían variando a través del ciclo vital del ser humano. En el caso de los adultos mayores, las estrategias de afrontamiento cambiarían desde un foco activo a uno más bien pasivo, es decir, predominarían las estrategias focalizadas en la emoción (Gutmann, 1974; citado en Stefani, 2004).

En esta línea la investigación pretende establecer cómo las variables apoyo social y estrategias de afrontamiento se asocian a la salud mental del adulto mayor en situación de pobreza, considerando salud mental desde el punto de vista del bienestar psicológico, la presencia/ausencia de sintomatología psicofisiológica y el conjunto de conductas y recursos que deben estar a disposición del individuo para dotarle de las alternativas de afrontamiento necesarias para enfrentarse adecuadamente con los sucesos vitales (Barrón, 1996), dando

importancia a los factores psicosociales potencialmente capaces de influir en la salud mental.

Tomando en consideración lo expuesto, resulta relevante abordar la temática y la multiplicidad de factores que pueden interferir en el bienestar biopsicosocial de este grupo de la población. Un creciente conjunto de evidencias transculturales señala que varios factores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo a una salud mental positiva (OMS, 2002). Además, se hace evidente que a pesar de las muchas investigaciones existentes en las temáticas mencionadas por separado, no hay una cobertura real y dedicada a entender al adulto mayor en toda su complejidad. En éste sentido, se espera que el presente estudio contribuya a sensibilizar en la sociedad la problemática tratada, tales como la importancia del apoyo social formal e informal y la consideración de las características específicas de este rango etario vulnerable. Lo anterior más aún cuando se da en contexto de pobreza, dado los impactos que tiene sobre el bienestar psicológico y lo que esto supone para una salud mental positiva en el adulto mayor. A su vez se pretende incrementar el conocimiento al respecto y abrir puertas para futuras investigaciones.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACION, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Pregunta de Investigación

¿Existe una correlación entre los factores psicosociales (apoyo social, riesgo de trastorno psicosomático [sucesos vitales estresantes] y estrategias de afrontamiento) y las variables referentes a salud mental (bienestar psicológico y sintomatología psicofisiológica) en los adultos mayores en situación de pobreza?

2.2 Objetivo General

Determinar si existe una correlación significativa entre los factores psicosociales (apoyo social, riesgo de trastorno psicosomático [sucesos vitales estresantes] y estrategias de afrontamiento) y las variables referentes a salud mental (bienestar psicológico y sintomatología psicofisiológica) en los adultos mayores en situación de pobreza.

2.3 Objetivos Específicos

Se consideraran los siguientes objetivos específicos en la población adulto mayor en situación de pobreza.

-Describir la percepción de apoyo social, riesgo de trastornos psicosomáticos (sucesos vitales estresantes), estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y sintomatología psicofisiológica de los adultos mayores en situación de pobreza.

-Describir la relación entre la percepción de apoyo social y bienestar psicológico.

-Describir la relación entre la percepción de apoyo social y sintomatología psicofisiológica.

-Determinar la relación entre riesgo de trastornos psicosomáticos (sucesos vitales estresantes) y bienestar psicológico.

-Determinar la relación entre riesgo de trastornos psicosomáticos (sucesos vitales estresantes) y sintomatología psicofisiológica.

-Describir que fuentes de apoyo se relacionan con un mayor nivel de bienestar psicológico.

-Describir que fuentes de apoyo se relacionan con un menor nivel de sintomatología psicofisiológica.

2.4 Hipótesis

1.- Existe correlación significativa positiva entre la percepción de apoyo social y bienestar psicológico.

2.- Existe correlación significativa negativa entre la percepción de apoyo social informal y sintomatología psicofisiológica.

3.- Existe una correlación positiva y significativa entre estrategias de afrontamiento basadas en el problema y bienestar psicológico.

4.- Existe una correlación significativa negativa entre estrategias de afrontamiento basadas en el problema y sintomatología psicofisiológica.

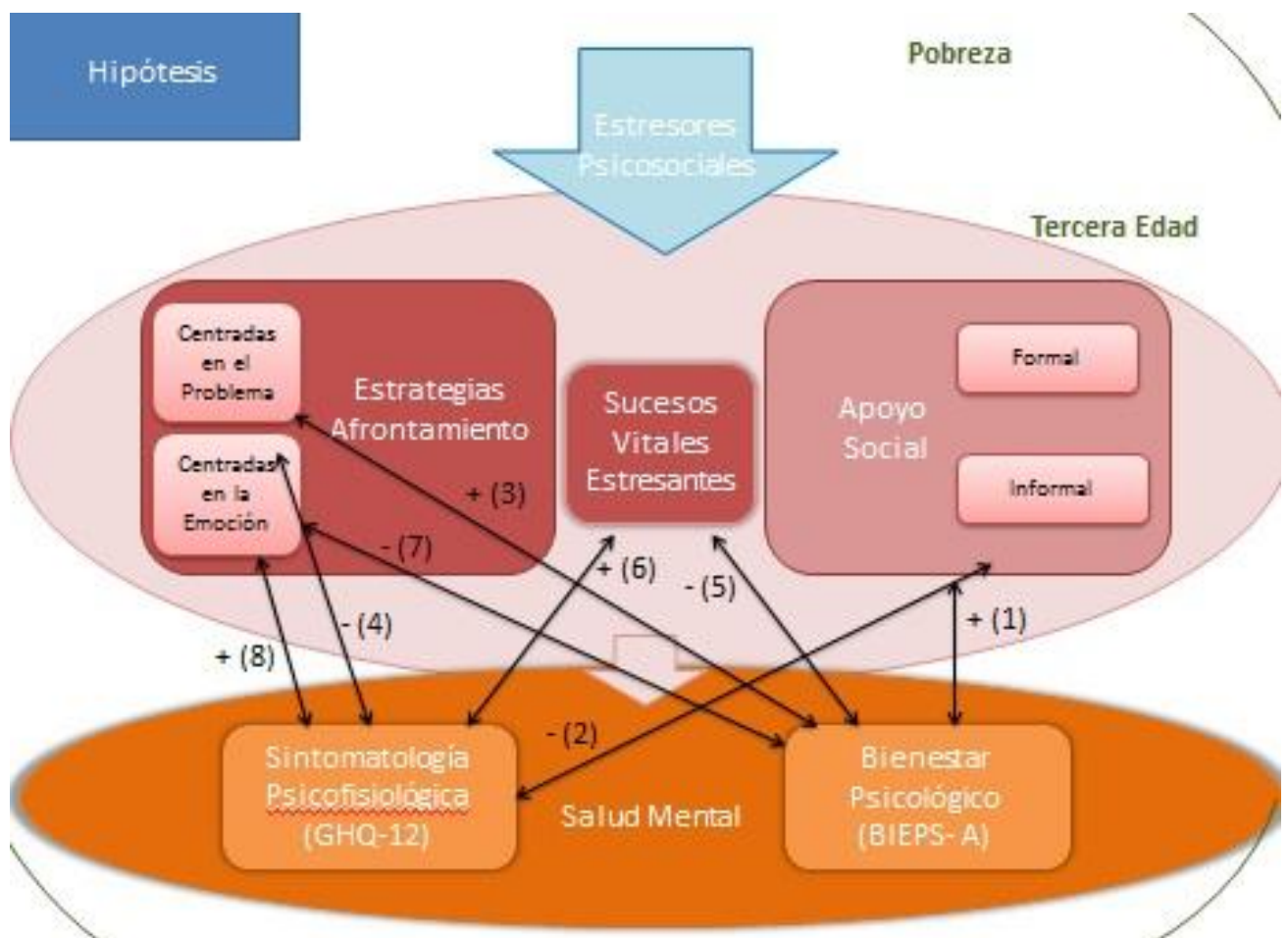
5.- Existe una correlación significativa negativa entre riesgo de trastornos psicosomáticos (sucesos vitales estresantes) y bienestar psicológico.

6.- Existe una correlación significativa positiva entre riesgo de trastornos psicósomáticos (sucesos vitales estresantes) y sintomatología psicofisiológica.

7.- Existe correlación significativa negativa entre estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y bienestar psicológico.

8.- Existe correlación significativa positiva entre estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y sintomatología psicofisiológica.

En el siguiente modelo se grafican las hipótesis planteadas en la investigación basadas en la literatura estudiada.



3. MARCO CONCEPTUAL Y EMPÍRICO

3.1 Envejecimiento y tercera edad

Según se ha logrado apreciar, la tercera edad, se ha convertido en un tema el cual se tiende a invisibilizar. Es posible que las razones de éste alejamiento se encuentren relacionadas con miradas sociales que trascienden lo estrictamente biológico, donde la construcción del mismo concepto es influenciado por ideas erróneas y prejuicios, interpretando esta edad como un periodo de soledad, dependencia y enfermedad. De ahí la necesidad de abarcar en profundidad las principales características de esta etapa.

En primer lugar, debemos hacer la distinción entre lo que entenderemos por envejecimiento y por tercera edad. Cuando hablamos de envejecimiento nos referimos al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre la vejez y la edad límite de ella. Este fenómeno encuentra explicación en cambios culturales sociales, políticos y económicos, que han influido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad (SENAMA, 2009)

Se distinguen dos características que generan preocupación sobre el envejecimiento poblacional en Latinoamérica. En primer lugar, el envejecimiento se está dando a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, se producirá en un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y

una sobrecargada institución familiar que, junto con hacerse cargo de las necesidades de las personas de más avanzada edad, se está haciendo responsable de los vacíos derivados de la exigua presencia de otras instituciones sociales como dispositivos de protección y de cohesión (Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe [CEPAL] , 2007).

De acuerdo a los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2007), el proceso de envejecimiento de la población se encuentra en diferentes etapas en el mundo. La proporción de adulto mayor en los países desarrollados el 2007 era de un 28% y la de los países en desarrollo un 8%.

En el año 2002, casi 400 millones de personas mayores de 60 años vivían en países en vías de desarrollo. Para 2025, esta cifra se habrá incrementado hasta aproximadamente 840 millones, lo que representa el 70% de todas las personas mayores del mundo. En tanto en América Latina y el Caribe se espera que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años sea de 14,25% (Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES], 2004 citado en Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

En Chile, según los datos aportados por INE (2007), el porcentaje estimado de población mayor de 60 años según sexo y grupos de edad, indica que las mujeres contemplan la proporción de un 56%, donde el 9,9% se encuentra en el rango etario de 60-74 años y un 4,3% de 75 o más años. Por otra parte, el 44% son hombres, de los cuales el 8,8% se encuentra entre los 60 y 74 años de edad y el 2,8% de 75 años o más.

Además, y en comparación con las cifras obtenidas a principios de la década de 1990, el año 2010 la población adulto mayor había sufrido un incremento del 87%, con un total

de 2,2 millones de personas que representarían al 13% de la población total del país. Además se estima que para el año 2020, la población adulta mayor del país alcance los 3,2 millones de habitantes, lo cual implicaría un aumento del 45%.

Por otra parte, Tercera edad o la vejez la procederemos a describir en los siguientes apartados.

3.1.1 Desarrollo del Concepto de Tercera Edad

El concepto tercera edad se encuentra estrechamente ligado al de envejecimiento. En la actualidad éste período se encuentra lejos de ser considerado una etapa de deterioro. Esta visión ha sido reemplazada por el enfoque de ciclo vital, donde la vejez correspondería a una etapa dentro de este ciclo, marcada por un proceso de adaptación donde el adulto mayor tiene un rol activo (Orellana et al., 1999 citado en Lara y Mardones, 2009). A esta nueva tendencia se suma el concepto de “edad funcional”, indicando que “el estado funcional, en las distintas edades, es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, constituyéndose probablemente como el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del envejecimiento” (Anzola, 1994 citado en Lara y Mardones, 2009). Este proceso está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias (SENAMA, 2009).

La OMS nombra ésta misma etapa, la vejez, como adultez mayor, y la define como una etapa del desarrollo del ser humano que se inicia a los 60 años y termina en el momento

en el que la persona fallece, caracterizándose por ser un período de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento, (citado en Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

A partir del año 1990, desde la definición de la OMS, viene siendo utilizado el concepto de envejecimiento saludable, el cual ha evolucionado hacia un modelo mucho más integrador, como el de envejecimiento activo (OMS, 2002). Para hacer del envejecimiento una experiencia positiva, éste debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La OMS (2002) utiliza el término “envejecimiento activo” para expresar el proceso por el que se consigue éste objetivo permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades.

Una correcta conceptualización de la vejez, coherente con ésta nueva forma de entender el envejecimiento, debe prestar atención a la multiplicidad y diversidad de factores, tanto internos como externos, que están interviniendo en su definición. No es posible hablar de la existencia de una vejez, sino de muchas, construidas desde la experiencia particular de lo que ha sido el proceso de envejecimiento de la persona mayor, el contexto histórico y las condicionantes psicosociales que le han permitido o facilitado el desarrollo de oportunidades y destrezas determinantes en la configuración de ésta etapa y en la percepción de la misma (SENAMA, 2009).

A raíz de lo anterior, el término vejez ha sido reemplazado por el término “tercera edad” el cual connota dos circunstancias: la jubilación y la existencia o al menos la

exigencia social de un sistema de pensiones, seguridad social y servicios sociales que tratan de proteger a personas mayores y especialmente vulnerables y necesitadas de apoyo (Herrera, Barranco, Melián, Herrera, Rodríguez y Mesa, 2003).

3.1.2 Caracterización de la Etapa

Con la transición de la edad adulta a la tercera edad, se ciernen sobre la persona algunas amenazas de variada naturaleza, ya sea éstas de carácter biológico o social frecuentes de la edad. En la sociedad occidental coexisten principalmente junto a la jubilación otras circunstancias derivadas de ella, como son la disminución de la actividad y liberación de responsabilidades, pérdida del rol social asociado al trabajo, la merma de energía física, con la consiguiente reducción de autonomía, así como la desaparición de familiares y otras personas significativas y la conciencia cada vez más clara de la proximidad de la muerte (Herrero, Barranco, Melián, Herrera, Rodríguez, Mesa y Mesa, 2003).

Otra característica importante de esta etapa es la frecuencia de la aparición de enfermedades, las cuales incluso pueden presentarse asociadas. Dentro de las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo se encuentran las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades pulmonares, enfermedades musculoesqueléticas enfermedades mentales (principalmente, demencia y depresión) (OMS, 2002), además de la asociación que los trastornos de ansiedad tienen con las altas tasas de mortalidad en esta etapa de la vida, (Gabay y Fernández, 2005).

3.1.3 Síntesis

En síntesis, la complejidad de los procesos que se encuentran tras la tendencia a invisibilizar temáticas relacionadas con el grupo etario adulto mayor, lleva a realizar planteamientos que logren trascender estos límites hacia el mejoramiento de la comprensión por los conceptos estrechamente ligados de envejecimiento y tercera edad.

A partir del año 1990, se utiliza el término envejecimiento activo para expresar el proceso por el que se consigue el objetivo de obtener una experiencia positiva y acompañada de salud, participación y seguridad (OMS, 2002), desde la experiencia particular de lo que ha sido el proceso de envejecimiento de la persona mayor, el contexto histórico y las condicionantes psicosociales que le han permitido o facilitado el desarrollo de oportunidades y destrezas determinantes en la configuración de ésta etapa y en la percepción de la misma (SENAMA, 2009).

A raíz de lo anterior, el término vejez ha sido reemplazado por el término “tercera edad”, etapa caracterizada por circunstancias de tipo biológico y social, como la aparición de enfermedades crónica, la asociación de trastornos de ansiedad con altas tasas de mortalidad, la disminución de la actividad y responsabilidades, jubilación, ingreso a sistema de pensiones, pérdida del rol asociado al trabajo y personas significativas junto a la conciencia de la proximidad de la muerte (Herrero, Barranco, Melián, Herrera, Rodríguez, Mesa y Mesa, 2003).

3.2 Pobreza

Hablar de pobreza lejos de ser un asunto sencillo, es un tema que requiere la consideración de distintos factores y variados efectos. Aun cuando por definición suele entenderse como la escasez de recursos financieros, se considera que dar soluciones y avanzar en pos de mejores condiciones sociales requiere un análisis detallado, que no puede limitarse a la comprensión de este fenómeno solo como una variable económica. En consecuencia se considera necesario revisar las principales conceptualizaciones de esta variable, junto con los índices demográficos que reflejan el desarrollo de la misma en el paso de los años y el impacto que significa para quienes viven bajo éstas condiciones.

El estudio de la pobreza se remonta a principios del siglo XX, considerándose a Booth como el primero que combina la observación con un intento sistemático de medición de la extensión del problema, elaborando un mapa de pobreza en Londres. Seguido de Rowntree, quien realizó un estudio para medir esta variable en York, utilizando un estándar de pobreza basado en requerimientos nutricionales (Ferez y Mancero, 2000). De estas primeras investigaciones en adelante, las conceptualizaciones de la variable y las metodologías utilizadas, han variado de investigación en investigación, generando nuevos conceptos asociados como la vulnerabilidad y el bienestar, que permiten entender con mayor amplitud lo que ahora es considerado una situación social.

3.2.1 Definiciones

Las diferentes definiciones hacen hincapié en los distintos aspectos que engloba la situación de pobreza, a modo de síntesis presentaremos algunas de las principales conceptualizaciones referentes a pobreza:

1. Carencia de bienes materiales considerados necesarios para el sustento de la vida, o también, la posesión muy temporal de ellos, en extremada escasez (Alarcón, 1979 citado en Estefania y Tarazona, 2003).

2. Situación socioeconómica deprivada, que se aplica a los grupos que se encuentran en la base de la pirámide de las sociedades estratificadas por clases sociales (Alarcón 1986 citado en Estefania y Tarazona, 2003).

3. Carencia de lo necesario para el sustento de la vida (RAE, citado en Boltvinik, 2007).

4. Es fundamentalmente carencia de bienes materiales, pero también algo más que eso. Se trata de un problema socioeconómico, pero a la vez psicológico (Ardila, 1979 citado en Estefania y Tarazona, 2003).

5. Los individuos, las familias y los grupos de la población están en la pobreza cuando carecen de los recursos para obtener los tipos de dieta, participar en las actividades y tener las condiciones de vida y las instalaciones que se acostumbran, o que por lo menos son ampliamente promovidas o aceptadas, en las sociedades a las que pertenecen. Sus recursos están tan seriamente por debajo de los que dispone el individuo o la familia promedio que resultan, en efecto, excluidos de los patrones ordinarios de vida, costumbres y actividades, (Townsend citado en Boltvinik, 2007).

Como se puede apreciar, casi la totalidad de las definiciones hacen referencia exclusivamente a las dimensiones “necesidad”, “estándar de vida” o “insuficiencia de recursos”, lo cual conlleva a mediciones centradas en indicadores de satisfacción de

necesidades, consumo de bienes e ingreso disponible. Esto se refleja en las principales metodologías y enfoques utilizados en la medición de esta variable.

En el caso de América latina el método más usado para evaluar pobreza, se basa en los indicadores sociales, modalidad conocida como “necesidades básicas insatisfechas” sobre la base de la conceptualización de pobreza como estado de necesidad, donde lo principal es que dichas necesidades sean cubiertas, dejando en segundo plano si los individuos poseen el ingreso suficiente para cubrirlas o no (Ferez y Mancero, 2000).

Otro de los modos más frecuentes, es el llamado “método de líneas de pobreza” a partir de un cálculo del costo de la satisfacción de las necesidades básicas, que considera la dimensión estándar de vida, (Ferez y Mancero, 2000). Bajo este método se establece como pobres a quienes sus ingresos no les son suficientes para mantener el nivel de vida establecido como mínimo.

Menos utilizado se encuentra el método “relativo” que trasciende la mera satisfacción de necesidades, considerando a esta como una “insuficiencia de recursos”. Bajo ésta óptica lo importante es la existencia de la disponibilidad de recursos que permitan llevar una vida aceptable, de acuerdo a los estándares sociales prevalecientes, (Ferez y Mancero, 2000).

Finalmente, en términos generales la pobreza se entiende como “la incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] 1997, citado en Ferez y Mancero 2000, pág. 7) lo cual incluye aspectos como llevar una vida larga y saludable, libertad política, seguridad personal, acceso a trabajo productivo y bien remunerado, participación en la vida comunitaria, tener educación y

disfrutar de un nivel de vida adecuado. Sin embargo, la dificultad que supone la medición de algunos de éstos aspectos, ha sido causante de la medición de la variable desde los aspectos más cuantificables, simplificándola a los aspectos económicos relacionados con el concepto nivel de vida.

3.2.2 Enfoques

Como ya se mencionó, las distintas versiones, interpretaciones y formas de medir la pobreza han dado paso a al menos 3 perspectivas diferentes a la ya tradicional medición en base a las necesidades respecto a esta variable, los cuales sintetizaremos a continuación:

- **Enfoque de “Capacidades”:** Como ya se ha señalado, el análisis económico tradicional suele identificar la noción de estándar de vida con la de “utilidad” experimentada por los individuos ante el consumo de bienes. Como crítica a ésta visión se plantea que el nivel de vida debe entenderse como determinado por las “capacidades” de cada individuo y no por los bienes como suele hacerse. Entendiendo capacidades como las actividades que distintos objetos permiten realizar.

Siguiendo esta lógica, la posesión de bienes no indicaría por sí sola las actividades que un individuo puede realizar, pues éstas dependen de las facultades e impedimentos de cada individuo. Por lo tanto, si bien los objetos “proveen la base para una contribución al estándar de vida, no son en sí mismos una parte constituyente de ese estándar”, (Sen, citado en Ferez y Mancero, 2000).

En otras palabras, bajo éste enfoque es la capacidad de realizar acciones lo que determina el nivel de vida y no los objetos.

- **Enfoque “Absoluto” y Enfoque “Relativo”:** Éste enfoque en complemento a la metodología antes descrita expresa una distinción en la forma de interpretar la manera en la que se forman socialmente las necesidades.

Por enfoque “absoluto” existe la visión que entiende las necesidades o al menos una parte de ellas, como independiente de la riqueza de los demás, y no satisfacerlas revela una condición de pobreza en cualquier contexto, mientras que el segundo, el enfoque relativo, plantea que las necesidades surgen a partir de la comparación con los demás, y la condición de pobreza depende del nivel general de riqueza (Ferez y Mancero, 2000).

Una de las ideas centrales de este enfoque establece que las personas tenderían a percibir su propio bienestar en función del bienestar de los demás. En consecuencia con esto, una persona con un nivel de ingreso determinado puede no sentirse pobre si vive en una sociedad de recursos limitados, pero si vive en una opulenta, sus ingresos pueden ser insuficientes para permitir que se integre en forma adecuada.

- **Nuevo Enfoque de la Pobreza:** Según este enfoque el ser humano necesita ir más allá de la satisfacción de sus necesidades deficitarias. Para el florecimiento humano se necesita que a través del trabajo o del amor, o de los dos, la persona realice lo que potencialmente es como ser humano.

Además se propone que el objetivo último de las políticas públicas debería ser el pleno florecimiento humano, distinguiendo así riqueza y pobreza humanas, de riqueza y pobreza económica. Con esto, se hace necesario evaluar tanto a nivel societal como individual y subdividir el eje del florecimiento humano en dos niveles, llamándole

progreso social al primero y desarrollo de las fuerzas esenciales a las segundas (Boltvinik, 2007)

Se puede distinguir cuatro conceptos de pobreza/ riqueza: 1) humana del ser; 2) humana del estar; 3) económica del ser; 4) económica del estar. Estas categorías son distintas a las categorías usuales de la pobreza que se acercan a la categoría económica del estar, sin embargo, no coincide completamente con esta categoría (Boltvinik, 2007).

3.2.3 Pobreza en Chile

En la última entrega de la encuesta CASEN se dio a conocer por primera vez un aumento en la tasa de pobreza. En el año 2006 la tasa de pobreza era un 13,7% de la población, mientras que el año 2009 ésta alcanzó un 15,1%. El incremento de la pobreza representó un quiebre en la tendencia que estaba viviendo Chile en estos últimos 20 años, (Hench, Troncoso, Valdivieso, 2010).

Las tres principales explicaciones que surgieron ante el aumento de la pobreza son: a) la crisis económica del 2009, que trajo consigo un mayor desempleo; b) el aumento desproporcionado del precio de los alimentos, que hizo subir la línea de la pobreza; y c) que el gasto social no llegó a los más pobres. Según esto, se puede apreciar que el aumento en la pobreza se explica principalmente por el menor crecimiento económico durante el período 2006-2009, y por un empeoramiento en la focalización del gasto social. La mayor parte de los enormes recursos destinados a la política social no llegaron a las familias más pobres o vulnerables. Esto indica de acuerdo a Hench et al. (2010), que se termina

perjudicando a los más pobres con la estrategia de sacrificar crecimiento económico, a cambio de un rol más protagónico del Estado en la política social.

Por otro lado, en Chile los resultados de la segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2011), acerca de la relación entre suficiencia de ingresos y bienestar, indica que las personas mayores sienten que los ingresos no les alcanzan y se sienten más insatisfechas. En general los datos indican que el 24,6% vive holgadamente, un 36,9% vive con lo justo y un 59,4% percibe que los ingresos no le alcanzan. Por otro lado, las personas mayores que presentan algún tipo de enfermedad, se sienten más insatisfechas con la vida (SENAMA, 2010).

3.2.4 Medición de la Pobreza

La metodología que se utiliza para medir la pobreza en Chile se conoce como el método indirecto que busca determinar una canasta que satisfaga las necesidades mínimas.

Para su aplicación se requiere determinar el nivel de ingreso necesario para satisfacer las necesidades básicas de las personas. Esta metodología ha sido mantenida por el Ministerio de Planificación [MIDEPLAN] desde el año 1987, lo que permite una natural comparación a través del tiempo. Para la aplicación de la metodología que se utiliza en Chile es necesario establecer límites entre las personas que son indigentes, pobres o quienes no lo son. Estos límites son los que se conocen como "línea de la indigencia" y "línea de la pobreza". Se estiman calculando la satisfacción mínima de alimentos en el caso de la indigencia y calculando las necesidades básicas en el caso de la pobreza. Además, estos umbrales son diferenciados por zonas geográficas. Este tipo de metodología utiliza al

ingreso como la variable que determina el bienestar de las personas. Considera que un hogar es indigente si los ingresos per cápita son inferiores a la línea de la indigencia. Lo mismo ocurre con la pobreza, donde se considera que un hogar es pobre si los ingresos son menores a la línea de la pobreza, (Henocho et al, 2010).

3.2.5 Ficha de Protección Social

En Chile desde la década de los 80 la medición de la pobreza se ha focalizado en un conjunto definido de la población, refiriéndose con esto a la población más carente, con el fin de entregar y asignar ciertos beneficios sociales. Por consiguiente, para la identificación de los potenciales beneficiarios de esta política focalizada en grupos vulnerables, se ha utilizado un instrumento denominado Ficha CAS (julio de 1987). La función principal del instrumento es detectar a las familias con mayores necesidades, ordenándolas de mayor a menor necesidad, lo que permitiría canalizar los subsidios y programas sociales del estado a éstas familias, focalizando la acción social en aquellos que presentan un menor nivel de recursos en el momento de la medición. Según el gobierno se entiende esta condición como un estado presente o potencial que al mismo tiempo entrega una mejor caracterización de la pobreza dura. Mide los recursos económicos, las necesidades de las familias y los riesgos que enfrentan, (MIDEPLAN, 2010)

En el año 2006 se realizan nuevas modificaciones, creándose un nuevo instrumento de estratificación social, la Ficha de Protección Social, realizada en base a los importantes cambios en la realidad social, económica del país y la disconformidad social y política con el instrumento que se estaba utilizando, produciéndose un cambio de énfasis y fundamento del nuevo gobierno, desde una concepción de la pobreza/carencia a vulnerabilidad, que

implicaría una concepción más dinámica de la pobreza la cual permita identificar oportunamente a aquellas personas y familias cuyos rasgos de vulnerabilidad los priorizan como destinatarios de la protección social, constituyéndose una nueva puerta de acceso al sistema de Protección Social, (MIDEPLAN, 2010).

3.2.6 Adulto Mayor en Situación de Pobreza en Chile

Según los datos del año 2006, el porcentaje de adultos mayores en situación de pobreza bajó a un 7,5% respecto a los años anteriores (en el 2003 se obtuvo un 9,8%), donde la indigencia alcanza el 1,3% y la pobreza no indigente el 6,2% de la misma población (SENAMA, 2007).

En Chile el año 2009, según la encuesta CASEN, ha habido un aumento de la población adulto mayor en situación de pobreza respecto a los datos del año 2006 nombrados anteriormente, obteniéndose un 6,8% de adultos mayores pobres no indigentes y un 2,1% de adultos mayores indigentes, considerándose un total de 8,9 % de adultos mayores en situación de pobreza en el país. Respecto a los tramos de edad del adulto mayor en esta situación, las tasas de pobreza son las siguientes: los más altos índices se encuentran entre los 60 y 64 años con un 10,7%, seguido por los 65 y 69 años con un 9,2 %, entre los 70 y 74 años, se obtiene un 7,8%, y finalmente con el menor porcentaje se encuentra el tramo de edad de entre 75 y más con un 7,7 %. Por otro lado, los datos indican que la tasa de pobreza según sexo en el adulto mayor en situación de pobreza, es que la mujer obtendría mayor porcentaje con un 9,0 % y el hombre un 8,8 %.

Además se observa que en relación a la distribución porcentual del adulto mayor por quintil de ingreso autónomo, los datos muestran que la mayor cifra se encontraría en el quinto quintil con un 21,9 % (CASEN, 2009).

El programa de acción que se ha creado e implementado para intervenir en ésta población etaria más vulnerable que son los adultos mayores, es el programa Vínculos, diseñado y ejecutado por el Ministerio de Planificación (Programa Chile Solidario) y SENAMA, que tiene como objetivo sentar las bases del sistema de protección a las personas mayores solas en condiciones de desvinculación social, pobreza y alta vulnerabilidad. Se concreta en el espacio local, y persigue que estas personas cuenten con los subsidios mínimos garantizados y estén integrados a la red comunitaria de protección social. El proyecto se ejecuta a la fecha en 35 comunas, con una cobertura de 4000 personas, que se duplica durante el segundo semestre de cada año. Este programa priorizará en las siguientes etapas, el apoyo domiciliario a las personas con algún nivel de dependencia.

3.2.7 Síntesis

El término pobreza generalmente suele ser entendido como la escasez de recursos económicos, sin embargo, la comprensión de este fenómeno no puede limitarse solo como una variable económica. El estudio de la pobreza se remonta a principios del siglo XX, donde tanto la conceptualización del concepto como las metodologías utilizadas han variado en las diversas investigaciones, generando nuevos conceptos asociados a vulnerabilidad y bienestar que amplían lo que hoy se entiende como situación social.

A diferencia del enfoque tradicional basado en las necesidades, tres son los enfoques en torno al concepto de pobreza. En primer lugar se encuentra el enfoque de las “capacidades”, planteando que es la capacidad de realizar acciones lo que determina el nivel de vida y no los objetos, por lo tanto, la posesión de bienes no indica por sí sola las actividades que un individuo puede realizar. En segundo lugar se encuentra el enfoque “absoluto” que entiende las necesidades como independiente de la riqueza de los demás en cualquier contexto, mientras que el enfoque “relativo” plantea que la comparación con los demás y la condición de pobreza depende del nivel general de riqueza estableciendo que las personas tenderían a percibir su propio bienestar en función del bienestar de los demás (Ferez y Mancero, 2000).

Actualmente, el nuevo enfoque de la pobreza alude a que el ser humano necesita ir más allá de la satisfacción de sus necesidades deficitarias, proponiendo como objetivo último de las políticas públicas el pleno florecimiento humano, distinguiendo riqueza y pobreza humana, de riqueza y pobreza económica, subdividiéndose así en progreso social e individual (Boltvinik, 2007).

Por otro lado, en Chile los resultados de la segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010), acerca de la relación entre suficiencia de ingresos y bienestar, indica que las personas mayores sienten que los ingresos no les alcanzan y se sienten más insatisfechas. Además las personas mayores que presentan algún tipo de enfermedad, se sienten más insatisfechas con la vida (SENAMA, 2010).

El programa que se ha creado e implementado para intervenir en ésta población etaria más vulnerable que son los adultos mayores, es el programa Vínculos, diseñado y ejecutado por el Ministerio de Planificación (Programa Chile Solidario) y SENAMA, que tiene como objetivo sentar las bases del sistema de protección a las personas mayores solas en condiciones de desvinculación social, pobreza y alta vulnerabilidad.

3.3 Sucesos Vitales Estresantes

3.3.1 Definiciones

La historia del concepto de estrés se inicia en el año 1932, a partir de la experimentación con diferentes especies animales realizadas por el médico llamado Hans Seyle. El término *stress* es un vocablo de origen inglés el cual se definió como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual al factor estresante mediante cambios en el sistema nervioso, endocrino e inmunológico (Venegas, 2002). Seyle defendió la idea de que determinadas circunstancias ambientales podían llegar a generar cambios fisiológicos en el organismo y que éstos se producían de acuerdo con un mecanismo que denominó “Síndrome General de Adaptación”, que consta de tres fases; alarma, resistencia y agotamiento, producida por un estresor o situación.

Esta primera definición propuesta por Seyle, permitió la continuación y proliferación de estudios en relación con el fenómeno en cuestión. Es así como en el año 1966, el científico Lazarus en su “Hipótesis de la Valoración” realiza una distinción fundamental para la comprensión del fenómeno, planteando que una situación estresante refleja dos fases; valoración primaria en donde el sujeto realiza un balance de los recursos con que dispone y valoración secundaria en donde se toman en cuenta tanto los factores

contextuales como cognitivos de la experiencia del estrés, (Gracia, 2002). En sus investigaciones, Lazarus destacó dos tipos de recursos con los que pueden contar las personas para hacer frente a las situaciones que generaron estas respuestas: los recursos personales y los contextuales. Los recursos personales son aquellos que se relacionan estrechamente con las características que posee cada individuo como el estilo cognitivo, control emociones, entre otras. En cambio los recursos contextuales incluyen el tipo de relaciones que la persona mantiene con su entorno.

Ahora bien, en cuanto a la historia de los sucesos vitales estresantes, es posible mencionar que la investigación en esta forma particular del estrés, proliferó en los años setenta, gracias a los estudios clínicos de individuos que habían formado parte de encuentros bélicos (Guerra Civil Americana y la Primera Guerra Mundial) los cuales presentaban formas de neurosis y fatiga relacionada con las batallas. Éstas fueron concebidas como reacciones extremas a esta clase de estrés (Schwarzer, 2001).

Ahora, en cuanto a las definiciones propuestas por diversos investigadores en torno al concepto de sucesos vitales estresantes, se incluyen:

1. Los sucesos vitales se entienden como experiencias objetivas que causan un reajuste psicosocial sustancial, es decir, un cierto nivel de cambio en la conducta de dicho individuo. Tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero generalmente son eventos habituales y más o menos normativos (Holmes, citado en Sandin, 2003).

2. Sucesos vitales estresantes o estrés reciente: Acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales de los individuos que los experimentan, (Dohrenwend, Raphael citado en Sandín, 2003).
3. Aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables, (Barrón, 1990).
4. Los acontecimientos de vida estresantes son cambios discretos, normativos o no, identificables en el ambiente personal o social del anciano y que trastornan o pueden trastornar sus comportamientos habituales y la salud, amenazando o logrando cuestionar su seguridad y bienestar personal (como por ejemplo, la viudez, perder seres queridos, institucionalización, casarse de nuevo, no renovar el permiso de conducir, etc.) (Fernández-Ballesteros, 2000).

3.3.2 Enfoque Social del Concepto de Estrés

Cockerham (2001) señala que son las situaciones sociales (organización social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, entre otras) las que pueden provocar altos niveles de estrés, que a su vez afectan la salud, calidad de vida y longevidad de las personas. Es necesario señalar la importancia de las diversas investigaciones de Thomas Holmes el cual no sólo se interesó por saber quién se enfermaba, sino también cuando se enfermaba una persona, lo cual obedece a la importancia dada a los factores contextuales que envuelven al individuo.

3.3.3 Sucesos Vitales Estresantes y Adulto Mayor

El estrés es un aspecto inevitable de la vida en general y de la vida de la persona mayor (Fernández-Ballesteros, 2000). Es así como las situaciones o sucesos vitales generadores de estrés en el adulto mayor, adquieren un importante protagonismo, pudiendo influir o afectar en las diversas esferas vitales de éstos, dificultando de ésta manera, tanto el enfrentamiento como la adaptación a la etapa particular del desarrollo biopsicosocial del Ser Humano.

Evolutivamente, los años finales del ciclo vital se caracterizan por el ajuste a una serie de hechos previsibles para los que la persona ha ido preparándose paulatinamente, por ejemplo la jubilación. Muchos de los contactos sociales que se pierden al abandonar definitivamente el contexto laboral se sustituyen por un nuevo grupo de pares con los que se entra en contacto a través de asociaciones y organizaciones (vecinos, residencias, entre otros). Existen diversos eventos en la vida del adulto mayor, que pueden impactar enormemente a este grupo etario. Algunos de éstos son los cambios en el estado de salud, alteraciones de rol, empobrecimiento económico, marginación, duelo, enfermedades, pérdida de la vitalidad, la soledad, entre otras (Vigera, 2001). Lo anterior se vería incrementado si el anciano no cuenta con el apoyo social o si éste se encuentra en condiciones de vida desfavorables, como vivir en condición de pobreza.

A continuación se describen algunas investigaciones que abordan la problemática de estrés en el adulto mayor:

Gómez y Segura (2002) realizaron una aproximación al estudio del estrés en adultos con edad avanzada que a su vez presentaban una enfermedad psiquiátrica. El objetivo del

estudio fue determinar, identificar y categorizar los factores de riesgo de los estresantes naturales dentro del ciclo vital de adultos mayores institucionalizados con edad avanzada. El estudio estuvo dirigido a consolidar una apreciación objetiva de los factores de riesgo a los cuales están expuestos los adultos mayores institucionalizados. La muestra estuvo compuesta por 45 sujetos los cuales debían tener más de 60 años, padecer una enfermedad mental (trastorno del afecto), estar institucionalizados y por último, no presentar un deterioro cognoscitivo marcado. Los resultados corroboraron la existencia de factores generadores de estrés en la población en estudio. Los recursos de afrontamiento que emplearon los individuos están focalizados a la emoción, en donde destacaron las dimensiones de escape-evitación, distanciamiento y aceptación de la responsabilidad. En el ámbito emocional se encontró que la tristeza, aislamiento, mutismo, afectación de la memoria de fijación y evocación son las respuestas frente al estrés más frecuentes en los adultos mayores.

Kishi, Urata y Saijo (2005) llevaron a cabo una investigación longitudinal en donde se siguió en un período de tres a cuatro años a la población de la tercera edad en una zona minera de Japón. Las variables consideradas en el cuestionario aplicado fueron sucesos vitales estresantes, redes sociales, apoyo instrumental/emocional, apoyo propiciado por ellos mismos, Escala de Depresión de Zung, salud subjetiva, número de enfermedades diagnosticadas, hospitalizaciones, problemas de audición/visión, incontinencia urinaria, signos de demencia y por último hobbies y motivación en sus vidas. Se hipotetizó que un gran número de acontecimientos vitales estresantes experimentados por adultos mayores aumentaría el riesgo de depresión y que además el apoyo social mitigaría tales efectos. Los resultados obtenidos fueron significativamente altos en relación a la Escala de Depresión de

Zung tanto para hombres como mujeres quienes presentaron una menor salud, dolores corporales y signos de demencia. En el análisis transversal, tanto hombres como mujeres que no se encontraban trabajando obtuvieron puntuaciones significativas. Sin embargo fueron encontradas diferencias de género, donde en las mujeres el nivel de depresión fue más bajo cuando existía apoyo social, mientras que en los hombres que si contaban con apoyo social no se presentaron mayores diferencias en los niveles de depresión. Ahora bien, en cuanto a los sucesos vitales estresantes, tanto hombres como mujeres obtuvieron una alta puntuación en cuanto a la variable depresión debido a una agravación médica. En el grupo femenino, factores estresantes como cambiar de residencia sin la propia voluntad de hacerlo, enfermedad del esposo o de algún integrante de la familia y el aumento en los préstamos fueron significativos. En el caso de los hombres, sólo la condición de salud subjetiva incrementó significativamente los niveles de depresión. En el caso de las mujeres, cuando el número de acontecimientos vitales estresantes vividos era amplio, los niveles de depresión aumentaban aún cuando la condición subjetiva de salud se encontraba ajustada.

Hardy, Concato, Thomas (2002) llevaron a cabo una investigación la cual tuvo como objetivo identificar aquellos eventos vitales que las personas mayores experimentaban como estresantes, evaluando además las percepciones que tenían los adultos mayores acerca de las consecuencias de estos eventos vitales estresantes para sus vidas. Se evaluó además la relación de factores demográficos, medidas de salud y estatus funcional de estas percepciones. La muestra estuvo compuesta por 754 residentes de una comunidad con un promedio de 70 años o más. El proceso de medición, fue realizado en una evaluación general, donde los participantes identificaron los eventos más estresantes que habían experimentado en los últimos 5 años y posteriormente, valoraron el nivel de

estrés que éstos les producían y las consecuencias percibidas de éstos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 603 participantes (80%) identificó algún suceso vital estresante. De aquellos, un 18% identificó una enfermedad, 42% la muerte de un miembro de su familia o un amigo, y un 17% un evento no médico. Mientras de un 27% a un 59% de los participantes a través de los 4 tipos de eventos reportaron consecuencias altamente negativas y de un 17 a un 36% de sujetos reportó consecuencias positivas como comenzar actividades nuevas que se habían convertido en importantes para ellos, las cuales habían cambiado para mejor la evaluación que tenían acerca de sus vida. La dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y los síntomas depresivos se asociaron independientemente con varias consecuencias negativas percibidas. Como conclusión se argumenta que las personas mayores experimentan una amplia matriz de sucesos vitales estresantes, los que pueden conllevar situaciones positivas o negativas, en donde la resiliencia es un factor importante.

3.3.4 Sucesos Vitales Estresantes y Pobreza

Existe evidencia sobre la relación entre los Sucesos Vitales Estresantes (SVE) y Pobreza. A continuación se exponen algunos estudios en relación a lo anterior. No obstante es necesario especificar que no se encontraron estudios que asocien estas variables en el adulto mayor.

Amone-P'Olak; Ormel (2009) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue contribuir a la comprensión de los procesos involucrados en el estatus socioeconómico bajo y los estresores vitales que derivan en problemas mentales. Fue un estudio longitudinal compuesto por 2.149 personas de las cuales el 51% eran niñas, donde se evaluó la relación

entre la posición económica de la familia y los problemas de salud mental por diferentes tipos de sucesos estresantes. La información de la posición socioeconómica fue obtenida directamente de los padres. Los resultados obtenidos demostraron que un nivel socioeconómico bajo se asocia a una mayor cantidad de problemas y mayor número de sucesos vitales estresantes. Por otra parte, los resultados de la asociación entre nivel socioeconómico y problemas mentales estuvieron mediados por estresores vitales medioambientales. Como conclusión se argumentó que los estresores medioambientales (más no los estresores propios de la persona) median entre la posición socioeconómica y los problemas mentales en los adolescentes, donde el grado de mediación fue mayor para la internalización de los problemas que para la externalización.

Evans e English (2002) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue determinar si aquellos niños que viven en zonas rurales de Estados Unidos y que poseen bajos recursos se encuentran más expuestos a estresores tanto físicos como psicosociales que aquellos pares con mayores recursos económicos. La muestra estuvo compuesta por 287 niños, donde luego de realizado el estudio se demuestra que aquellos niños de bajos ingresos de entre 8 a 10 años que vivían en zonas rurales hacían frente a una gama más amplia de estresores físicos (vivienda deficiente, ruido, hacinamiento) y psicosociales (problemas familiares, la separación en la primera infancia, la violencia en la comunidad) que aquellos niños con una mejor situación socio-económica.

3.3.5 Síntesis

A lo largo del tiempo, la primera definición del concepto estrés visto como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual al factor estresante ha ido siendo modificada y transformada por una serie de investigadores, pasando a apreciar este constructo no sólo desde la perspectiva biológica, sino también desde la socio-ambiental. Es así como dentro de esta nueva perspectiva se entienden a los sucesos vitales estresantes, tal y como lo plantea Holmes (citado en Sandín, 2003) como “las experiencias objetivas que causan un reajuste psicosocial sustancial, pudiendo ser tales sucesos vitales extraordinarios y extremadamente traumáticos, así como también eventos habituales y más o menos normativos”, los cuales pueden ser experimentados a lo largo de todo el ciclo vital.

Junto a esto, las diversas investigaciones realizadas sobre la relación existente entre los sucesos vitales estresantes y la situación de pobreza, indican que un nivel socioeconómico bajo se asocia a una mayor cantidad de problemas y mayor número de sucesos vitales estresantes, concluyendo que los estresores medioambientales (más no los estresores propios de la persona) median entre la posición socioeconómica y los problemas mentales en los adolescentes, donde el grado de mediación es mayor para la internalización de los problemas que para la externalización (Amone-P’Olak; Ormel, 2009).

Además, la evidencia muestra resultados que indican que aquellos niños de bajos ingresos de entre 8 a 10 años que viven en zonas rurales hacen frente a una gama más amplia de estresores físicos (vivienda deficiente, ruido, hacinamiento) y psicosociales (problemas familiares, la separación en la primera infancia, la violencia en la comunidad) que aquellos niños con una mejor situación socio-económica (Evans e English, 2002).

3.4 Estrategias de Afrontamiento

Respecto a la diversidad de situaciones a las que los adultos mayores se pueden enfrentar tal como se nombró anteriormente en el apartado de sucesos vitales estresantes, es necesario describir cuáles son los mecanismos específicos que utilizan los ancianos para hacer frente a tales situaciones. A partir de esto, es que las estrategias de afrontamiento se hacen relevantes para explicar las operaciones concretas ante las dificultades en la tercera edad.

Lazarus y Folkman (1984) plantearon un modelo sobre estrategias de afrontamiento en el que una vez que la situación ha sido evaluada como amenazante ya sea en forma real o potencial, la presencia o no de manifestaciones de estrés va estar condicionada por la eficacia de las actuaciones que pongan en marcha el individuo para hacer frente a tal amenaza.

3.4.1 Definiciones

A estas situaciones dirigidas a hacer frente, amortiguar y de ser posible a anular los efectos de la situación amenazante es lo que se ha denominado utilización de estrategias de afrontamiento.

Lazarus y Folkman definen las estrategias de afrontamiento como un conjunto de respuestas trabajosas de tipo cognoscitivo y comportamental que se llevan a cabo para hacer frente a demandas específicas externas y/o internas, percibidas como abrumadoras, desbordantes o desafiantes. Estas respuestas tienen como objetivo resolver el problema, controlar el malestar o adaptarse al contexto con más eficacia y menor riesgo

psicobiológico (Lazarus y Folkman, 1984 citado en Fernández-Ballesteros, 2000). En opinión de estos mismos autores, las formas de afrontamiento dependen fundamentalmente de los recursos disponibles, las dificultades que pueda tener para alcanzarlos dentro del contexto de una interacción determinada y las habilidades que se posee para utilizarlos.

Fernández-Abascal (1997), señalan que es preciso diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Para Brannon y Feist (2000 citado en Peña, Cañoto y Santalla de Banderali, 2006) existen características importantes del afrontamiento donde se incluye que es un proceso que cambia constantemente a medida que se valora el acto como exitoso o no, un patrón de respuesta aprendido, que requiere esfuerzo orientado a manejar la situación, no siendo necesario el control, ni la maestría. Además la utilización de las estrategias no conlleva siempre un resultado positivo. Asimismo, se tiene que el afrontamiento viene determinado también, por recursos externos (sociales y culturales) como el apoyo social, creencias acerca de la situación y forma de afrontarla, nivel socioeconómico, sexo, entre otros; aspectos que funcionan también como moderadores del estrés (Peña, Cañoto, Yolanda y Santalla de Banderali, 2006).

3.4.2 Modelo de Lazarus

El afrontamiento eficaz permite a las personas mantener los niveles de estrés moderados, lo que impediría que el estrés cause daños psíquicos y fisiológicos (Lazarus, & Lazarus 2006).

Lazarus & Lazarus (2006) plantean dos clases de estrategias de afrontamiento que considera principales, estas son las estrategias focalizadas en la solución del problema y las focalizadas en la regulación de las emociones que estos problemas causan. En la estrategia focalizada en la solución del problema, la persona se centra en lo que se puede realizar para cambiar, eliminar o disminuir la tensión que provoca el problema. En la estrategia focalizada en la emoción, no se realiza ningún esfuerzo para cambiar la situación, quizás porque la persona puede sentir que no tendrá éxito, y se efectúan comportamientos como los evitativos, por ejemplo.

Ambos modos de afrontamiento pueden a su vez, estructurarse en respuestas conductuales y cognoscitivas, y de vías directa e indirecta. Ello daría lugar a una taxonomía de afrontamiento de la siguiente manera

- *Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción:* Se encuentran las de tipo conductual. Por otro lado, están las de tipo cognoscitivo. Este tipo de afrontamiento además es moderadamente estable, posee una notable influencia de variables de la persona, presenta por lo general una menor eficacia frente a problemas, es más de tipo psicológico, más prevalente en mujeres y proporciona mejores resultados en situaciones de imposibilidad de cambio (Fernández-Ballesteros, 2000, p.187)

- **Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema:** Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se orientan principalmente a lograr la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas y la consideración de dichas alternativas en base a su costo, beneficio, elección y aplicación. De ésta forma, en las estrategias de tipo conductual se encuentran las y las de tipo cognoscitivo. Así, el afrontamiento dirigido al problema, es variable según las demandas estresantes, posee notable influencia de factores contextuales, existe mayor consenso empírico respecto de mayor eficacia de resultados positivos, es más de tipo comportamental, más prevalente en varones y es contraproducente en situaciones de imposibilidad de cambio. (Fernández-Ballesteros, 2000, p.187)

Además, Lazarus & Lazarus (2006) plantea que los dos tipos de estrategias, la centrada en el problema y la centrada en la emoción, tienen objetivos diferentes de acción. Uno es la situación problemática y el otro es el estado emocional. Sin embargo, suelen normalmente combinarse al momento de enfrentar situaciones estresantes, apoyándose una estrategia a la otra.

Finalmente Carver (citado en Cooper 2008) en base a estas definiciones, realiza una agrupación de las siguientes 14 escalas en tres grupos, las cuales son:

Estrategias centradas en la emoción

- Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real
- Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.

- Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
- Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
- Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.

Estrategias centradas en el problema

- Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.
- Apoyo instrumental (social): Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
- Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.

Estrategias disfuncionales

- Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
- Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos
- Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.

- Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
- Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
- Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

3.4.3. Estrategias de Afrontamiento en la Tercera Edad

Además de las estrategias de afrontamiento descritas anteriormente, Lazarus & Lazarus (2006) plantea otros tres tipos de estrategias que podrían ser utilizadas en la tercera edad, siendo dos de estas la negación y la vigilancia. La *negación* se relaciona con la no aceptación de la realidad. Por el contrario, la *vigilancia*, es un intento de afrontamiento con el fin de mantener el control sobre lo que es percibido como algún daño o amenaza. Las investigaciones sobre estas formas opuestas de afrontamiento, proporcionan evidencia respecto a que cualquier estrategia de afrontamiento dada, puede tener resultados diferentes dependiendo cuándo se utiliza y las condiciones en que se utiliza. En algunas ocasiones la negación es perjudicial para el bienestar, no obstante en otras es beneficioso, del mismo modo la vigilancia. Un tercer tipo de afrontamiento en adultos mayores es la *religiosidad* y que en un sentido general de la espiritualidad parece contribuir a su bienestar. Sin embargo, las investigaciones respecto a esta área no parecen ser fructíferas ni abundantes (Lazarus & Lazarus, 2006).

Las estrategias de afrontamiento irían variando a través del ciclo vital del ser humano. En el caso de los adultos mayores según Gutmann (1974) citado en Stefani (2004) las estrategias de afrontamiento cambiarían desde un foco activo a uno más bien pasivo, es decir, predominarían las estrategias focalizadas en la emoción, tales como las evitativas o

distanciamiento del problema. Esto último se relaciona con lo planteado por Girdano y Everly (1986), ya que este tipo de estrategias tendrían beneficios a corto plazo, pero mermarían la salud a largo plazo.

Los adultos mayores de 65 años, en comparación con los adultos, están sometidos más frecuentemente a situaciones problemáticas que están fuera de su control, evaluando los acontecimientos estresantes como inmodificables en mayor proporción que los adultos. (Folkman et.al., 1987 citado en Stefani, 2004).

3.4.4 Estrategias de Afrontamiento y Salud Mental en el Adulto Mayor

Resultados de varias investigaciones indican niveles más altos de síntomas depresivos en las personas mayores que en los más jóvenes (Mirowsky & Ross, 1992; Newman, 1989; citado en Greenglas, 2006). Las posibles explicaciones para esto incluyen las pérdidas derivadas del proceso de envejecimiento, incluidas las pérdidas sociales y transiciones de la vida.

Kraaij, Garnefsky y Stan (2002) realizaron un estudio longitudinal en donde el objetivo fue examinar la relación entre las estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo y los síntomas depresivos en la vejez. Durante dos años y medio se realizó un seguimiento a una muestra que estaba compuesta por 99 personas desde 67 años en donde la edad media de los encuestados fue de 77,2 años, de los cuales el 52 % pertenecían al sexo masculino. Los resultados mostraron que en el proceso de afrontamiento del estrés en adultos mayores, los recursos de afrontamiento (considerados las estrategias de afrontamiento y el apoyo social) contribuyeron directamente a la predicción de los síntomas depresivos. Se encontró

además que los mayores niveles de satisfacción respecto al apoyo social percibido y de autoeficacia, se relacionan con bajas puntuaciones en depresión. Por otro lado, se observó que el mayor uso de estrategias de afrontamiento de autoeficacia, se relacionan significativamente con el uso de estrategias orientadas a la tarea, y en menor medida con las estrategias orientadas a las emociones y la evasión. La estrategia de autoeficacia sería un tipo de estrategia orientada a la tarea, donde los autores concluyen que independiente de la cantidad de estrés experimentado, el uso de estrategias orientadas a la tarea es una forma más eficaz de lidiar con el estrés, en comparación que las estrategias orientadas a la emoción, las cuales tienen menos resultados satisfactorios. Las estrategias orientadas a la emoción estarían más bien, relacionadas con moderar el impacto del estrés en el adulto mayor en distintos grados. Por tanto, no tendrían efectos beneficiosos en términos de salud o bienestar psicológico, lo que se relacionaría según este estudio con la sintomatología depresiva.

3.4.5 Estrategias de Afrontamiento y Funcionalidad del Adulto Mayor

Greenglas, Fiksenbaum y Eaton, (2006) realizaron un estudio sobre comportamientos instrumentales de la vida diaria de personas mayores que viven en viviendas comunitarias. Los encuestados fueron 224 adultos mayores que asisten a los diferentes centros que ofrecen programas para personas mayores. La edad de los encuestados osciló entre los 62 hasta los 98 años, con una edad media de 75 años. Se concluyó que los adultos mayores con menos recursos psicológicos, están en mayor riesgo de desarrollar discapacidad funcional. Los recursos pueden incluir estrategias de afrontamiento y apoyo social donde las estrategias de afrontamiento pueden variar de persona en persona. Es por esto, que las

estrategias de afrontamiento utilizadas por los adultos mayores influyen en gran medida en el funcionamiento general de estos, afectando su calidad de vida. Estos autores sugieren que cuando las estrategias de afrontamiento tienen una función proactiva, es decir, ven las problemáticas de la vida como desafíos y no como fuentes de estrés, los ancianos tendrían menor probabilidad de discapacidad. Se propone que el anciano que se enfrenta proactivamente tomaría medidas preventivas en relación a las discapacidades funcionales que conlleva el envejecimiento. Además, el anciano altamente proactivo tiene más probabilidades de que se vea a sí mismo como eficaz y por tanto, capaz de iniciar comportamientos para modificar la situación específica. Los resultados del presente estudio mostraron que el afrontamiento se asoció significativamente con menor discapacidad del anciano.

3.4.6 Estrategias de Afrontamiento y Género en el Adulto Mayor

Stefani (2004) realizó un estudio, en donde se señala que existirían diferencias en términos de género respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas, ya sea centradas en el problema o centradas en la emoción. La investigación incluyó una muestra de 150 sujetos mayores de 65 o más años, de distinto sexo, pertenecientes al nivel socioeconómico medio y residentes de la ciudad de Buenos Aires. El objetivo del trabajo fue estudiar si en ésta muestra el género influye sobre el tipo de situación percibida de una forma potencialmente amenazante y dilucidar el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada para reducir la amenaza potencial percibida. Los resultados de este estudio, demuestran que las estrategias de afrontamiento de evitación cognitiva fueron en promedio poco utilizadas por cualquiera de los dos grupos (hombres y mujeres) de edad avanzada. La mayoría de los hombres y

mujeres “no se negó a creer que el problema realmente existió” y no tenían la ilusión tal como “la esperanza de que ocurriera un milagro”, la mayoría pensaba el problema en términos realistas. En relación a la dimensión afrontamiento centrado en el problema, la mayoría (hombres y mujeres) buscan información o asesoramiento respecto al problema, “habló con alguien para obtener información sobre la situación”, “pide a profesionales ayuda o consejo a alguien de respeto. En cuanto a la dimensión estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, fueron en promedio muy utilizadas de forma habitual por las personas mayores, por ejemplo, la resignación fue muy utilizada, aproximadamente el 70 % de los hombres y mujeres “estuvo de acuerdo con el destino, “oraba” y “consideró que lo único que podía hacer era esperar” (Stefani, 2004). En lo que refiere a las estrategias centradas en el problema y las estrategias centradas en la emoción, ambos grupos mostrarían similares estilos de afrontamiento, lo que podría explicarse por cambios en la personalidad de hombres y mujeres al llegar a edades avanzadas, puesto que como se mencionó anteriormente, los hombres se volverían más dependientes, por factores sociales como la jubilación y pérdida del trabajo, lo que los posiciona en un rol social más pasivo. Las mujeres adquirirían una posición más agresiva, ya que, se preocupan del cuidado del grupo familiar, siendo un apoyo emocional para la mayoría de la familia.

3.4.7 Estrategias de Afrontamiento y Pobreza

Si bien no se encontraron estudios referentes a estrategias de afrontamiento en adulto mayor en situación de pobreza, un estudio realizado por Figueroa, Contini, Lacunza, Levín, Estévez (2005) con adolescentes en situación de pobreza encontró que los adolescentes con un alto bienestar psicológico de bajo nivel socioeconómico tienen una percepción de control y autocompetencia que les permite actuar sobre el entorno en función de sus

necesidades, con proyectos y metas de vida, que se aceptan a sí mismos, tienen capacidad de relacionarse, etc. Estos adolescentes buscan resolver el problema analizando la situación de diferentes perspectivas y actúan en consecuencia. Por otro lado, adolescentes con el mismo nivel socioeconómico y bajo bienestar psicológico emplearon estrategias como falta de afrontamiento, reducción de la atención y auto-inculparse, que al contrario del grupo anterior las estrategias son de tipo pasivo, ya que no implican empeño por resolver la situación.

3.4.8 Síntesis

En relación a los mecanismos específicos que el adulto mayor utiliza para hacer frente a las diversas situaciones que caracterizan la etapa, Lazarus y Folkman (1984) citado en Fernández–Ballesteros (2000), definen a las estrategias de afrontamiento como aquellas respuestas que se utilizan para enfrentar situaciones percibidas como problemáticas o estresantes y dependen en gran parte de los recursos disponibles, como apoyo social, nivel socioeconómico, creencias acerca de la situación y dificultades que se presenten (Peña, Cañoto, Yolanda y Santalla de Banderali, 2006).

Lazarus y Lazarus (2006), plantean que las estrategias de afrontamiento se subdividen en orientadas a la solución del problema y las focalizadas en la regulación de las emociones, donde en estas últimas no se realizan esfuerzos para cambiar la situación, sin embargo, es normal que ambas estrategias suelen combinarse al momento de enfrentar situaciones estresantes. En primer lugar, dentro de las estrategias centradas en el problema, se encuentran los intentos de control, solución de problemas, evitación, escape, afrontamiento pasivo, redefinición de la situación, reestructuración, pensamiento

desiderativo y distanciamiento. En segundo lugar, las estrategias centradas en la emoción se encuentran la búsqueda de apoyo, búsqueda de información, desplazamiento/distracción, evitación de la información, expresión emocional, inhibición emocional, represión y culpabilización.

Lazarus y Lazarus (2006) plantean que en la tercera edad, se dan además otros tres tipos de estrategias, tales como la negación, vigilancia y religiosidad. Las investigaciones sobre estas formas de afrontamiento proporcionan evidencia respecto que cualquier estrategia dada puede tener resultados diferentes, dependiendo que, cuando y como se utiliza. Además los adultos mayores de 65 años, están sometidos de manera más frecuente a situaciones problemáticas fuera de su control, evaluando como inmodificables aquellos acontecimientos en mayor proporción que los adultos (Folkman et.al, 1987 citado en Stefani, 2004).

Diversas investigaciones indican que en relación a las estrategias de afrontamiento y salud mental, la predictibilidad de síntomas depresivos se encuentra asociada al uso de determinado tipo de estrategias, como por ejemplo, el apoyo social percibido y autoeficacia, (Kraaij Garnefsky y Stan, 2002). Por otro lado, en los adultos mayores, el ver la problemáticas de la vida como desafíos de la vida y no como fuentes de estrés disminuye la probabilidad de discapacidad, ya que se enfrentaría de manera proactiva mediante la toma de medidas preventivas, (Greenglas, Fiksenbaum y Eaton, 2006). Finalmente, Stefani (2004) muestra que las estrategias de afrontamiento de evitación cognitiva fueron en promedio poco utilizadas por ambos grupos, sin embargo, la dimensión afrontamiento centrado en el problema la mayoría de ambos grupos busca información o solicita ayuda

respecto al problema y las estrategias centradas en la emoción, tipo resignación, fueron utilizadas de manera habitual por personas mayores.

3.5 Apoyo Social

Definir apoyo social es una tarea difícil dado que desde sus orígenes hasta la actualidad diversos autores se han dedicado a la investigación al respecto, utilizando sus propias definiciones y complejizando de esta manera la conceptualización del constructo. Además, existen diversos términos con los que el concepto de apoyo social es frecuentemente reemplazado a modo de sinónimos, ignorando las sutilezas existentes, como es el caso de “red social”, “recursos sociales” o “recursos del entorno” y “redes de apoyo”. Por ello, se acotará cada uno de estos conceptos.

A. Redes Sociales: Práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, evitando el deterioro real o imaginario que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos (CEPAL 2002).

En este punto se debe establecer que la pertenencia a redes sociales no asegura por sí sola que quienes la constituyan reciban el apoyo necesario, por ende no debe usarse en reemplazo de “apoyo social” (CEPAL, 2002).

B. Recursos Sociales: Aquellos medios humanos, técnicos, financieros, institucionales, materiales, etc. de que se dota a sí misma una sociedad para hacer frente a las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades, en cuanto a los miembros integrantes de ellas (Las Heras y Cortajarena, 1979).

C. Redes de Apoyo: En el presente trabajo se entenderá por red de apoyo, a aquellas redes que además de cumplir con las características propias de red social descritas anteriormente, presenten un intercambio real de recursos psicológicos y/o materiales entre sus integrantes.

3.5.1 Definiciones de Apoyo Social

Dentro de las definiciones pertinentes al constructo de apoyo social se encuentran las siguientes:

1. Apoyo Social considerado como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros. Entendiendo por necesidades básicas la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación (Thoits, citado en Clemente, 2003).

2. El apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible a través de otros, o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor (Gottlieb, 1988, citado en Vega y González 2009).

3. Apoyo accesible a un individuo a través de sus vínculos sociales con otros individuos, grupos y comunidad (Lin, Simeone, 1979, citado en García, 2003).

Lin (1986) publicó una de las definiciones más completas acerca de este metaconcepto, definiendo el apoyo social como un “conjunto de provisiones expresivas o instrumentales- percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales

y las personas de confianza” (citado en Musitu, 2004. P.133). Por otro lado, estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como en crisis (Gracia, 2002). La anterior conceptualización se articula en torno a cuatro ejes o dimensiones, los cuales son:

- **La función del apoyo:** Numerosos autores han distinguido distintas funciones del apoyo social. Caplan habría definido el apoyo social como aquellos lazos entre los individuos o grupos que permitían entre otras cosas, promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño (Caplan, 1993). Según Lin (citado en Musitu, 2004) la ayuda puede ser de dos tipos, instrumental y expresiva, es decir, puede constituir un medio con el que conseguir otros objetivos (instrumental) o puede constituirse como un fin en sí (expresiva). Cabe destacar que otros autores (CEPAL, 2002) han agregado categorías tales como la de apoyo material (recursos monetarios o materiales), instrumental (cuidado, acompañamiento y transporte), emocional (cariño, afecto, confianza, sentimientos asociados a la familia, preocupación por el otro, etc.) y cognitivo (intercambio de experiencias, transmisión de información, consejos, entre otros)

- **La percepción-recepción del apoyo:** La definición propuesta por Lin, reconoce que tanto los procesos sociales objetivos posibles de identificar por una persona diferente al sujeto analizado, así como también la percepción que el individuo tiene de ellos (aspecto subjetivo) influyen en el bienestar de las personas de manera positiva, permitiendo entre otras cosas, el mantenimiento de la salud y mejorando además la evolución de diversas enfermedades que pudiese padecer el individuo (García, et al. 2003).

Caplan (1993) se preocupó en establecer y puntualizar debidamente las formas en que podía producirse el apoyo social, diferenciando según éstos fines en apoyo objetivo y apoyo subjetivo, vale decir, y tal como había sido explicado con anterioridad, el apoyo es visto como una transacción real o como una percepción subjetiva de que esa transacción pudiera producirse en determinadas circunstancias.

Esta distinción entre los aspectos subjetivos y el aspecto objetivo o apoyo real se encuentra lejos de haberse resuelto (Lakey y Heller, 1988; Schwarzer y Leppin, 1991, citado en Barrón, 1996). Por una parte, aquellos investigadores que se han interesado por lo subjetivo del apoyo brindado conceptualizan la percepción de que la persona es amada, querida, que cuenta con personas a quién recurrir en caso de necesidad y que le aportarán la ayuda requerida, suponiendo que esta percepción promueve la salud (Cobb, 1976, citado en Gracia et al., 2002). Por otra parte la conceptualización realizada del apoyo recibido (objetivo) no guarda relación con los aspectos cognitivos de la persona, evaluándose mediante cuestionarios, en donde se le pregunta al individuo qué apoyo concreto ha recibido en un periodo de tiempo determinado.

- **Ámbito en que se produce el apoyo o fuentes de apoyo:** La definición realizada por Lin, distingue tres ámbitos en los que se produce o puede producirse el apoyo social; comunidad, redes sociales, relaciones íntimas y de confianza. A nivel comunitario, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social, la cual es evaluada en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales (Barrón, 1996). Cabe destacar que estos tres niveles no son independientes, sino que actúan en conjunto e interconectados.

- **Ayuda en situaciones cotidianas o de crisis:** Esta distinción es importante ya que permite conocer hasta qué punto las relaciones sociales son capaces de fomentar el bienestar y proteger contra la enfermedad. Gracia et al. (2002) argumenta que en circunstancias cotidianas o habituales puede ser difícil distinguir o identificar las diferentes situaciones de apoyo, más aún si es que en esos casos la ayuda actúa de forma automática, impidiendo su evaluación.

3.5.2. Perspectivas en el estudio del Apoyo Social

Es necesario considerar las distintas perspectivas de estudio relacionadas a este constructo, con el fin de comprender las implicaciones que tiene y que ha tenido tanto a nivel teórico, empírico y de intervenciones psicosociales en diversas comunidades.

- **Perspectiva Estructural:** Esta perspectiva centra su interés en el análisis de las condiciones objetivas que acompañan al proceso de apoyo, utilizándose los análisis de redes y examinando todos los contactos que mantiene el individuo. A su vez, se distinguen y destacan los aspectos estructurales de los contactos sociales que mantiene el individuo, sin considerar las funciones que tales contactos cumplen en la vida de los individuos, asumiendo de esta manera que el hecho de tener relaciones sociales es equivalente a obtener cierto apoyo de las mismas bajo esta perspectiva de estudio.

- **Perspectiva Funcional:** Se señala que no todas las personas presentes en la vida de un sujeto en particular aportan la misma cantidad y calidad de apoyo que las demás, ya que no todas las relaciones de apoyo que mantenga el individuo son iguales y tienen diferentes funciones en la vida del sujeto.

- **Perspectiva Contextual:** considera necesario que para establecer adecuadamente la relación entre el apoyo social y el posible bienestar que éste genere, existen variables o aspectos relacionados con los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido.

3.5.3 Fuentes del Apoyo Social

En general, los apoyos sociales se distinguen en “formales e informales”. Entre los primeros se destacan los programas de las instituciones gubernamentales—seguridad, asistencia social y no gubernamentales. Mientras que entre los apoyos informales se encuentran las ayudas materiales otorgadas por corresidentes y no corresidentes. El componente principal de estos apoyos es familiar, aunque las ayudas de no corresidentes provienen también de amigos, vecinos, y otros no familiares (Guzmán, J. M., S. Huenchuan y V. Montes de Oca Zavala. 2003).

3.5.4 Efectos del Apoyo Social

Respecto a los efectos que el apoyo social supone para quienes lo reciben, se han hipotetizado dos modelos explicativos de la actuación de dicho apoyo, apoyo como “efecto principal” y apoyo como “moderador del estrés” (Buffer).

El modelo que considera al apoyo como efecto principal plantea que si la persona experimenta mayor nivel de apoyo social, presentaría menores niveles o incidencia de trastornos. El efecto beneficioso del apoyo social podría ocurrir porque las redes sociales amplias proporcionan experiencias positivas de forma regular, recompensas sociales, y reconocimiento social (García, 2003). Desde ésta hipótesis, el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar impactando directamente la salud, independiente del nivel de

estrés. Es decir a mayor nivel de apoyo social menor será el malestar psicológico experimentado, y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastornos, independiente de si la persona está expuesta a estresores o no. Sin embargo este efecto solo ha sido demostrado cuando los niveles iniciales de apoyo son mínimos (Barrón, 1996).

El Modelo del Efecto Protector o “Moderador del Estrés” en cambio señala que en personas enfrentadas ante diversos aspectos sociales estresantes se verían efectos negativos tales como reacciones afectivas negativas, elevación de la respuesta fisiológica y readaptaciones conductuales (Baum, Singer y Baum, 1981, citado en Barrón y Chacón, 1990). En este caso, el apoyo social sólo cumple la función de proteger a la persona de los efectos negativos y patógenos propios del estrés, actuando como moderador de los efectos asociados a los acontecimientos vitales estresantes, sin influir necesariamente de forma directa en el bienestar (Cohen y McKay citados en Barrón y Chacón, 1990).

3.5.5 Apoyo Social en el Adulto Mayor

En acuerdo con las recientes investigaciones publicadas por la CEPAL (2002) es necesario tener en cuenta que el paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmo acelerado de la población mayor, ha suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar de las personas mayores. En este sentido, se ha dedicado mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social generándose así un incremento en las investigaciones que atienden específicamente este variable en este grupo etario (mayores de 60 / 65 años).

Thanakwang (2009) en su estudio examinó las asociaciones entre las relaciones sociales y la percepción positiva acerca de la salud entre las personas mayores de Tailandia.

Los datos fueron tomados de la Encuesta Nacional de Mayores en Tailandia el año 2002. Los resultados indicaron que muchos, pero no todos los factores contribuyeron a la percepción de buena salud por parte de los ancianos. Aquellos ancianos con niveles tanto de educación como económicos elevados reportaron una mejor salud en comparación a aquellos que no poseían el mismo nivel de educación o de ingresos económicos. Por otra parte, los resultados obtenidos revelaron que las redes de amistad, el apoyo tanto emocional como instrumental y los compromisos sociales se asocian positivamente con un buen estado de salud percibido. El autor argumenta este resultado refiriéndose a que el apoyo social puede ayudar a los individuos a preservar la continuidad de comportamientos saludables, pudiendo también reducir los efectos negativos de ciertas situaciones estresantes. Además, individualmente se obtuvo que mientras más incurran en actividades relacionadas con el ejercicio físico, preparación para un envejecimiento saludable y se logre el disfrute del bienestar psicológico que esto les genera, mejor será la percepción de salud. Como recomendación se indica que los profesionales de la salud deben centrarse en la promoción de redes de amistad, apoyo social y en aquellos comportamientos que promueven la salud, centrándose especialmente en los ancianos de edad más avanzada, sin educación, con menos recursos económicos y con algún tipo de discapacidad.

Concha, Olivares y Sepúlveda (2000) realizaron un estudio con un grupo mixto de adultos mayores de 65 años de la ciudad de Concepción en Chile. Se basa en información y datos estadísticos recopilados durante los últimos años en el país, para postular que las redes sociales disminuyen entre las personas de la tercera edad. Entendiendo por redes sociales a los vínculos con hijos, familia y amigos. El análisis de datos se realizó diferenciando entre tres grupos según nivel socioeconómico, estableciéndose N.S. bajo,

N.S. medio y N.S. Alto. Los resultados de esta investigación indican que el porcentaje de relaciones sociales se mantienen o aumentan en la tercera edad lo que se expresa en 51,8% de los casos estudiados, en oposición al 48,2 % de casos en que las redes disminuyeron. Sin embargo, la escasa distancia entre ambos porcentajes indica una diferencia no significativa, lo cual no es suficiente en esta investigación para asegurar que las redes no disminuyan con la edad. Por otro lado, al considerar la distinción según nivel socioeconómico se encontró que quienes presentaron una disminución en sus redes sociales, referida a amigos y hermanos, se concentraron en los niveles socioeconómicos bajos. Según los autores, este resultado podría ser explicado porque en estos sectores existen peores condiciones de salud, lo que obliga a las personas de la tercera edad de este sector a quedarse en sus casas y no poder asistir a lugares o reuniones con personas de su misma edad y que no puedan visitar a hermanos o familiares que se encuentran viviendo en lugares más alejados. Por el contrario los porcentajes de integración social (N.S.E. Bajo: 22,72%, N.S.E. Medio: 33,18% y N.S.E. Alto: 44,09%) indican que en el nivel socioeconómico alto se percibe una mayor amplitud de redes sociales. En este caso la diferencia si sería significativa en lo que respecta a los estratos socioeconómicos bajo y alto, ya que la diferencia del porcentaje de casos entre estratos sería 21,37%, mientras que la diferencia entre el nivel alto y medio es de 10,91%. Con esto se establece que aquellos ancianos con menor nivel socioeconómico son los que menos vínculos sociales sostienen.

3.5.6 Apoyo Social y Pobreza

La diferencia entre los resultados obtenidos en distintos estratos sociales ha sido estudiada en diversas variables. En el caso de apoyo social también existen investigaciones que demuestran estas diferencias, y que entregan valiosa información que permite comprender cuales son las características de este apoyo en las personas más vulnerables.

Palomar y Cienfuegos (2007) realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo determinar algunas de las implicaciones del apoyo social dentro del estudio de la pobreza, por lo que se buscó conocer la cantidad de apoyo social que los sujetos de tres grupos socioeconómicos (N= 918) en México perciben de su familia de origen, de la iglesia/religión, de su familia extendida y de los amigos/vecinos y su relación con algunas variables psicológicas (autoestima, estrategias de afrontamiento, locus de control, depresión, motivación al logro y bienestar subjetivo). Finalmente se pretendió establecer cual(es) de estas variable(s) psicológicas pueden predecir el apoyo social percibido, teniendo como base la gran cantidad de estudios que han reportado que el apoyo social promueve el bienestar físico y mental, argumentando además que aquellas personas que se sienten apoyadas por sus amigos y familia presentan menos ansiedad y depresión, lo que se traduce en un sistema inmunológico más fuerte y una mayor autoestima. En cuanto a los resultados, se observó que en todos los grupos (pobres extremos, moderados, no pobres) las medias más altas se observan en el factor de apoyo de la familia de origen, lo cual indica que la principal fuente de apoyo para la mayoría de los sujetos son los padres y hermanos. En segundo lugar, el apoyo brindado por la iglesia y la religión. La tercera fuente de apoyo para esta muestra fue la familia extendida que comprende a los abuelos y tíos y en último

lugar, se encuentra el apoyo proporcionado por los amigos y vecinos. En general se observan algunas diferencias en la percepción del apoyo social entre los grupos y además se muestra que ciertas características de personalidad están asociadas con un mayor apoyo social percibido. Otro de los resultados relevantes indican que aquellos no-pobres son quienes reciben mayor apoyo de la familia de origen y extendida, así como de la iglesia y religión, seguidos de los pobres moderados. Los pobres moderados perciben mayor apoyo de los amigos y vecinos, mientras que los pobres extremos son quienes menor perciben menor apoyo de estas fuentes. Respecto a la relación entre las variables psicológicas y el apoyo social fue posible identificar que la sintomatología *depresiva* muestra una correlación negativa con el apoyo social proporcionado por la familia de origen, por los vecinos y por la familia extendida y muestra una positiva con el apoyo brindado por la iglesia y la religión, es decir, que los sujetos que suelen sentirse tristes, que presentan falta de concentración y/o apetito, pesimismo, cansancio, entre otros síntomas depresivos, suelen reportar un menor apoyo por parte de su sus padres y hermanos(as), así como de tíos(as) y abuelos(as), pero indican recibir apoyo de Dios y/o la iglesia familia. En cuanto a la variable de estrategias de afrontamiento, los sujetos que afrontan el estrés de manera directa, es decir, quienes evalúan el problema y actúan para solucionarlo, tienden a percibir altos niveles de apoyo social por parte de su familia de origen (padres, hermanos, hijos, pareja) y extensa (abuelos, tíos); quienes ante una situación estresante platican con alguien respecto a cómo se sienten y perciben que pueden obtener ayuda, suelen reportar altos niveles de apoyo por parte de su familia de origen; mientras que quienes tienden culparse a sí mismos ante las situaciones estresantes pero no actúan para salir del problema, reportan

altos niveles de apoyo proporcionado por tíos y abuelos. El factor de afrontamiento a través de la minimización no mostró correlación alguna con los factores de apoyo social.

Reitzes, (2011) en su estudio aplica una tipología de apoyo social con tres categorías de redes sociales para investigar los vínculos sociales y los beneficios que éstos les brindan a las personas sin hogar. La información fue obtenida a partir de una serie de dos años de observaciones participantes hacia los sujetos sin hogar que frecuentaban de manera regular el parque público en el centro de la ciudad de Atlanta, Estados Unidos. Por una parte se obtiene que los sujetos sin hogar (tanto hombres como mujeres) que regularmente visitaban el parque obtuvieron cuatro tipos de apoyo: tangible, asesoramiento (información), pertenencia y autoestima de personas que no son parientes, familia y especialistas de los servicios formales. Otro resultado destacable se relaciona con que las personas sin hogar tendían a combinar los distintos tipos de apoyo social que les eran entregados por distintas redes sociales con la intención de responder a sus necesidades importantes y fundamentales.

Robles, Riso, Camarena, Cervantes, Gómez y Siorda (2000) del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, realizaron una investigación a través de entrevistas con 40 ancianos enfermos y de escasos recursos durante su hospitalización, en las cuales se analiza la composición de las redes y el apoyo social. El análisis de los datos indica que las redes sociales de estos ancianos están compuestas por 7,5 integrantes en promedio, principalmente mujeres, son redes multigeneracionales e incluyen a la familia extensa. Además se establece que las redes en su mayoría proporcionan apoyo emocional. Se observa además que las ancianas tienen redes más grandes y reciben más apoyo social en comparación a los hombres; los

ancianos casados y viudos, a su vez, tienen redes más grandes y reciben más apoyo social que los solteros. En cambio no se observaron diferencias por edad ni con quien vive en la unidad. Tras lo cual se concluye que la composición de la red y la cantidad de apoyo social que se recibe estuvo relacionada con el sexo y el estado civil de los ancianos, pero no con su edad o con quien vive en la unidad doméstica.

3.5.7 Apoyo Social, Salud Mental y Bienestar Psicológico

Los orígenes de la investigación en torno a la influencia del contexto social y el apoyo familiar se relacionan directamente con la revisión de la concepción de salud mental predominante hasta los años sesenta que consideraba la patología como inherente a cada individuo. Bajo esta óptica, la importancia de factores ambientales y sociales era nula. Posteriormente se traslada el foco hacia la inclusión de estos elementos, sin embargo Rappaport (citado en Barrón, 1996) establecía que trasladar la responsabilidad de los individuos a los ambientes tampoco sería la solución más adecuada, como explicación para la patología.

Desde una nueva visión, la enfermedad mental surge como resultado de una interacción entre ambos tipos de factores, lo que implica además el abandono de la idea de sujeto pasivo frente a los embates del ambiente. Lo anterior sienta la base para la incorporación de los elementos sociales a la concepción de salud mental.

A raíz de esto, salud mental se entiende como un conjunto de conductas y recursos que deben estar a disposición del individuo para dotarle de las alternativas de afrontamiento necesarias para enfrentarse adecuadamente con los sucesos vitales (Barrón, 1996), dando importancia a los factores psicosociales potencialmente capaces de influir en la salud

mental y convirtiendo al apoyo social como la variable predilecta para la investigación en esta línea.

En el año 1897 Durkheim publica su conocido estudio sobre los determinantes sociales del suicidio, en el cual encontró apoyo empírico para su hipótesis: el suicidio es más frecuente entre aquellas personas con pocos lazos sociales íntimos. Durkheim creyó que la pérdida de integración social o anomia, era incompatible con el bienestar psicológico de la población emigrante (Gracia, Herrero, Musitu 2002)

Cassel y Cobb, pioneros en la investigación de esta variable, (Barron y cols, 1988; Vaux 1988) observaron que los sujetos sometidos a situaciones estresantes en compañía de pares significativos o en un contexto interactivo de apoyo, no mostraban los cambios negativos en salud que presentaban aquellos que enfrentaban tales situaciones en condiciones de aislamiento social, concluyendo de esta manera que las personas que experimentan sucesos vitales estresantes amortiguan las consecuencias psíquicas y físicas nocivas cuando tales sucesos se experimentan en circunstancias en las que el apoyo social está disponible, (Gracia, 2002).

Clemente et al, (2008) se propusieron analizar el bienestar psicológico, el estado de salud percibido, y las redes de apoyo social de la persona de edad que viven en sus hogares, en una investigación con 150 adultos mayores de ambos sexos, nivel socioeconómico medio, autovalentes y residentes de Buenos Aires, en la cual observaron que la satisfacción con el apoyo social percibido, el bienestar psicológico y el estado de salud percibido cavarían en forma positiva en los adultos mayores que participaron.

3.4.5 Síntesis

Dentro de las investigaciones acerca del concepto de apoyo social, existen sutilezas en cuanto a la diferenciación con conceptos como “red social”, “recursos sociales” o “recursos del entorno” y “redes de apoyo”.

Las redes sociales, conforman una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, evitando el deterioro real o imaginario que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos (CEPAL 2002).

Los recursos sociales en tanto, son aquellos medios humanos, materiales, técnicos, financieros, institucionales, etc. de que se dota a sí misma una sociedad para hacer frente a las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades, en cuanto miembros integrantes de ellas, (Las Heras y Cortajarena, 1979).

Por último, las redes de apoyo en el presente trabajo son entendidas como aquellas redes que además de cumplir con las características propias de red social descritas anteriormente, presenten un intercambio real de recursos psicológicos y/o materiales entre sus integrantes.

Por último, Lin (1986) define el apoyo social como un “conjunto de provisiones expresivas o instrumentales- percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza” (citado en Musitu, 2004. P.133). Por otro lado, estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como en crisis (Gracia, 2002).

Respecto a las perspectivas en el estudio del apoyo social, la *perspectiva estructural* centra su interés en el análisis de las condiciones objetivas que acompañan al proceso de apoyo, utilizándose los análisis de redes y examinando todos los contactos que mantiene el individuo, asumiendo de esta manera que el hecho de tener relaciones sociales es equivalente a obtener cierto apoyo de las mismas bajo esta perspectiva de estudio.

La *perspectiva funcional* señala que no todas las personas presentes en la vida de un sujeto en particular aportan la misma cantidad y calidad de apoyo que las demás, ya que no todas las relaciones de apoyo son iguales y tienen diferentes funciones en la vida del sujeto.

Por último, la *perspectiva contextual* considera variables o aspectos relacionados con los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido.

Algunos de estos resultados indicaron que factores como la educación, nivel socioeconómico, ejercicio físico, preparación para un envejecimiento saludable, redes de amistad, apoyo tanto emocional como instrumental y los compromisos sociales contribuyeron a la percepción de buena salud por parte de los ancianos. Thanakwang (2009) argumenta este resultado refiriéndose a que el apoyo social puede ayudar a los individuos a preservar la continuidad de comportamientos saludables, pudiendo también reducir los efectos negativos de ciertas situaciones estresantes.

En cuanto a las redes sociales, los resultados al considerar la distinción según nivel socioeconómico, quienes presentan una disminución en sus redes sociales referida a amigos y hermanos, se concentraron en los niveles socioeconómicos bajos, además se indica que en el nivel socioeconómico alto se percibe una mayor amplitud de redes sociales. Con esto se

establece que aquellos ancianos con menor nivel socioeconómico son los que menos vínculos sociales sostienen (Concha, Olivares y Sepúlveda, 2000).

En relación al apoyo social y el contexto de pobreza, Palomar y Cienfuegos (2007) determinaron que en todos los grupos (pobres extremos, moderados, no pobres) las medias más altas se observan en el factor de apoyo de la familia de origen, en segundo término el apoyo brindado por la iglesia y la religión, la tercera fuente de apoyo para esta muestra fue la familia extendida que comprende a los abuelos y tíos, y en último lugar se encuentra el apoyo proporcionado por los amigos y vecinos.

Respecto a los vínculos sociales y los beneficios que éstos les brindan a las personas sin hogar Reitzes, (2011) aplicó tipología de apoyo social con tres categorías de redes sociales, donde sus resultados indican que los sujetos sin hogar (tanto hombres como mujeres) tienden a combinar cuatro tipos de apoyo, como apoyo tangible, asesoramiento (información), pertenencia y autoestima de personas que no son parientes, familia y especialistas de los servicios formales.

En base a los resultados de diversas investigaciones, Cassel y Cobb pioneros en la investigación de esta variable, (Barrón y cols, 1988; Vaux 1988) concluyeron que las personas que experimentan sucesos vitales estresantes amortiguan las consecuencias psíquicas y físicas nocivas cuando tales sucesos se experimentan en circunstancias en las que el apoyo social está disponible, (Gracia, 2002). Asimismo, Clemente et al, (2008) se propusieron analizar el bienestar psicológico, el estado de salud percibido, y las redes de apoyo social de la persona de edad que viven en sus hogares en la cual observaron que la

satisfacción con el apoyo social percibido, el bienestar psicológico y el estado de salud percibido covarían en forma positiva en los adultos mayores que participaron.

Finalmente, como se ha señalado, no existe un concepto unívoco de apoyo social. Para los efectos de este trabajo se asumirá la definición adoptada por Guzmán (Guzmán et al. 2003) la que plantea como redes de apoyo social ,“una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto” la cual implica la idea de intercambio de apoyos, lo que constituye la esencia de la red.

3.6 Salud Mental

La tradición en investigación orientada a la salud mental se ha conceptualizado a través de un sentido donde predomina, de acuerdo a Oramas, Santana y Vergara (2006), *un enfoque médico psicopatológico* con el fin de otorgar respuestas inmediatas a la enfermedad. En relación a esto, se señalaba defender las postura donde la ausencia de enfermedad mental no podía ser el principal criterio para la definición de salud, por lo cual surge un nuevo paradigma en el estudio de la salud mental llamado Psicología Salutogénica o Positiva, donde se incluye temas como el sentido de coherencia, la capacidad de resistencia, el locus de control, bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento, entre otros (Romero, García-Mas y Brusted, 2009).

En éste sentido la Organización Mundial de la Salud [OMS] señala que *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 2004 pág. 7) destacando la importancia de definir el concepto propio de salud mental, siendo ésta “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001 citado en OMS, 2004). En ésta definición además se incluyen conceptos como bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad para realizarse intelectual y emocionalmente, permitiéndoles alcanzar sus propios objetivos, incluyendo el interés de todas las personas y no sólo de aquellos afectados por un trastorno mental, (OMS, 2004). Sumado a esto, se encuentra la influencia de los factores socioeconómicos ligados al mantenimiento de una salud mental favorable, constituyéndose de ésta manera como un modelo biopsicosocial, (García, 2003).

Cabe destacar, que en Chile la salud mental se encuentra entre las 16 Prioridades Nacionales de Salud determinadas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAL), desde 1998 (Rivera, Campos, Lange, Urrutia y Castellano, 2004). Como sustento de lo anterior, los problemas de salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, sin embargo, el riesgo es más alto en los sectores más pobres, sin vivienda, con desempleo, en las personas con un bajo nivel de escolaridad, en las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano en situación de abandono, (OMS, 2004).

Respecto al último grupo etario mencionado, en los ancianos se representa la etapa evolutiva de la adultez tardía, donde la población se caracteriza por procurar mantener la salud, la adaptación a la enfermedad e invalidez, el uso placentero del tiempo, la adaptación a la pérdida de la pareja y los amigos, la reorientación del presente y futuro sin considerar el pasado, la creación de nuevas relaciones emocionales, la aceptación del cambio de los hijos y nietos, la atención de las necesidades y disminución de la vida sexual, la optimización del tiempo de trabajo y recreación, la integración del retiro como nuevo estilo de vida y la preparación para la muerte (Souza y Machorro, 1996 citado en Souza y Machorro, 2007) Así, en todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas (OMS, 2004).

La salud mental se empieza a considerar como un conjunto de conductas y recursos a disposición del individuo con el fin de dotar las alternativas de afrontamiento necesarias y enfrentarse de manera favorable a las diversas dificultades vitales. Por lo tanto, con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia de factores, surge de manera más evidente que la salud mental cumple la función de ser un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones, (OMS, 2004).

3.6.1 Salud Mental en el Adulto Mayor

En el adulto mayor, debido a la multiplicidad de factores propios de la etapa (como el envejecimiento celular, la disminución funcional del organismo, estresores psicosociales, como son sucesos vitales estresantes, condición socioeconómica, entre otros) existe cuantitativamente una mayor posibilidad de padecer algún tipo de patología, haciendo que

la vida del adulto mayor sea más permeable a las condiciones ambientales y propensa a padecer diversas enfermedades, ya sean estas de origen orgánico o mental.

Las dificultades que se presentan con mayor frecuencia en la esfera de la salud mental de la población de adultos mayores se encuentran relacionadas directamente con depresión, demencia y cuadros ansiosos.

En primer lugar, la *depresión* en muchos casos de los ancianos se expresa en forma de síntomas somáticos como variaciones en el peso o en el apetito, el sentirse más fatigados, con cambios de la fuerza vital y del sueño, y/o lentitud psicomotora (McNeil y Harsany, 1989 citado en Salvarezza, 2002). Los síntomas de la disforia, anhedonia y baja autoestima son menos frecuentes en las depresiones de los ancianos. En la esfera cognitiva, el pensamiento puede estar enlentecido y aparecer ideas de indignidad y minusvalía, sentimientos de culpa, desamparo, falta de sentido en la vida e ideación suicida, acompañado en esta etapa de un alto riesgo suicida. También es frecuente la alteración de funciones como la capacidad de atención - concentración y memoria, (MINSAL, 2009). Finalmente, es necesario agregar a estos datos que el diagnóstico de depresión ha sido subestimado, poniéndose de relieve la alta frecuencia de los llamados síndromes depresivos subclínicos o depresión subsindrómica, (Schneider, Kruse, Nehen, Senf y Heuft, 2000 citado en Alcalá, Camacho, Giner, 2007).

En cuanto a la prevalencia de depresión, Santander (2000) señala que el grupo etario de las personas mayores de 65 años diagnosticadas con este trastorno se encuentra en un rango percentil del 2 y 3% en Estados Unidos, mientras que en Chile alcanzaba el año 2000

un 5,6 %, cifra que correspondía ser más baja a la población general. Por otro lado, en aquellas instituciones como casas de reposo u hogares de ancianos, las cifras de prevalencia aumentan hacia un 17 y 20 %, con un 28 a 40 % de los internos con síntomas depresivos.

En segundo lugar, la **demencia** corresponde a una de las enfermedades más temidas y costosas de la actualidad. Se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido que incluye la disminución de la capacidad intelectual, interfiriendo en el desempeño social y funcional del individuo, afectando de esta forma la calidad de vida (Hoyl, 2000). Algunos de los síntomas considerados a grandes rasgos de “alarma” o sugerentes de demencia serían la dificultad para aprender y retener nueva información, dificultades para recordar eventos recientes, dificultad para realizar tareas complejas y tareas secuenciales, además de desorientación espacial, deterioro en el lenguaje, alteraciones en el comportamiento, entre otros. Es preciso señalar que su curso clínico corresponde a una progresión lenta de síntomas, donde resulta poco probable inferir el estado final. Se ha dado que en algunos casos, un trastorno diagnosticado como depresión puede ser en realidad, una demencia o pseudodepresión, en donde ambos diagnósticos estarían solapados, (Hoyl, 2000).

En el documento de trabajo “Las personas mayores y los trastornos demenciales en Chile” elaborado por SENAMA (2010), se establece que las demencias afectan entre un 5% a un 10% de la población mayor de 65 años, y entre un 20% a un 30% de las personas mayores de 85 años. En Chile, no existe información precisa y específica sobre el número de personas mayores que se ven afectadas por este tipo de trastornos. Sin embargo, en los escasos estudios nacionales se han encontrado cifras que alcanzan más del 12% de personas

mayores de 65 años que padecen algún tipo de demencia. Además, en países en desarrollo la demencia es la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad en mayores de 60 años, (Quiroga P., 2002, citado en Las personas mayores y los trastornos mentales en Chile, SENAMA, 2010).

Por último, los *trastornos de ansiedad* dados en la población adulto mayor han recibido escasa atención. En estas edades de la vida existe la presencia de otros trastornos mentales más específicos y graves como son las demencias, lo cual explicaría la razón por la cual la ansiedad y sus trastornos se hayan considerado como una ‘patología ligera’. Sin embargo, el impacto que estos tienen en la funcionalidad de cada sujeto resulta considerable, ya que suponen un deterioro importante en la calidad de vida y se encuentran asociados a una mayor mortalidad, (Gabay y Fernández, 2005). En los ancianos, el diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad puede darse con bastantes dificultades dado una relevante superposición y enmascaramiento de los síntomas con los cuadros de ansiedad de origen orgánico asociados a enfermedades físicas y los correspondientes medicamentos de sus tratamiento, asociado a otras patologías como la depresión o demencia, o también como parte del proceso de envejecimiento, (Gabay y Fernández, 2005). Cabe mencionar que la ansiedad, puede presentarse como un síntoma, un síndrome, un trastorno o un estado psiquiátrico comórbido (p. ej., con depresión o demencia). El glosario psiquiátrico americano en su séptima edición (citado en Gabay y Fernández, 2005), define a la ansiedad como una “aprehensión, tensión o inquietud, por la anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida. Fundamentalmente de

origen intrapsíquico, se distingue del miedo, el cual representa una respuesta emocional ante una amenaza o peligro reconocido conscientemente y usualmente externo.

Gabay y Fernández (2005) plantean que los trastornos de ansiedad constituyen como grupo a las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia de un mes del 7,3% en adultos de todas las edades. En adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5,5%, acercándose al 20% en un período de 6 meses y al 35% a lo largo del ciclo vital.

Kessler et al. (2008, citado en Franco-Fernández & Antequera-Jurado, 2009, observó que los trastornos de ansiedad están presentes en al menos el 15,3% de la población mayor de 60 años estudiada, con una alta frecuencia de comorbilidad intracategoría. De éstos, los cuadros fóbicos son los más frecuentes, considerando muy habituales las fobias simples entre los ancianos con un 7,5%, un 6,6% la fobia social entre las personas mayores y la agorafobia con el 1% ha constituido el trastorno que con más frecuencia se ha iniciado en la senectud.

3.6.2 Salud mental en el Adulto Mayor y Factores Psicosociales

Diversas han sido las investigaciones que describen la relación entre los problemas de salud mental dados en el adulto mayor y los factores psicosociales implicados en ello.

Castro, Ramírez, Aguilar y Díaz (2006) realizaron un estudio donde la población en estudio consistió en 511 sujetos de 60 años y más, con un promedio de edad de 78.6 años, donde el 74.2% pertenecía al sexo femenino y un 25.8% al sexo masculino. El objetivo de esta investigación fue contar con información sobre los factores de riesgo asociados a la

depresión en población de militares retirados y derechohabientes de la Ciudad de México. Los autores sostenían que entre algunos de los factores de riesgo asociados a la depresión se encontraban factores de tipo genético, psicológicos y sociales, donde los psicosociales adquirirían mayor fuerza de asociación, incluyendo las variables de género, tipología familiar, apoyo social, actividad física, pluripatología, polifarmacia, dependencia económica, productividad económica, asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad y estado civil. Los resultados indicaron que a pesar de la escasa frecuencia de adultos mayores con escaso apoyo social, la prevalencia de depresión fue de un 41.7%, observándose un riesgo fuerte para desarrollar dicho trastorno en los individuos expuestos a una percepción de bajos niveles de apoyo social, económicamente improductivos y que se mantenían inasistentes a asociaciones de convivencia. De ésta manera los autores concluyen la importancia de los vínculos afectivos y el impacto que causa en los adultos mayores una deficiente red de apoyo social.

Posteriormente, Acosta y Quiroz (2007) llevaron a cabo un estudio donde la población en estudio estuvo constituida por grupos de pensionados y jubilados de entre 52 y 89 años de edad de la ciudad de Navojoa, Sonora, México. Del total de la muestra que constituía a 82 personas, el 55% pertenecía al sexo femenino y el 45% al sexo masculino. El objetivo fue determinar el funcionamiento psicológico mediante la evaluación de los constructos de depresión y ansiedad en adultos mayores de la región del Mayo en el Noreste de México. Dichos autores, conceptualizan y entienden la depresión como el desorden psicológico más relevante entre los ancianos, relacionándose con las enfermedades crónicas incapacitantes y algunas lesiones más frecuentes en este grupo

etario. En cuanto a la ansiedad, se establece que son los sucesos vitales estresantes propios de la etapa de la adultez mayor los que podrían activar la preocupación excesiva (rasgo característico de la ansiedad), considerando además que el envejecimiento trae consigo un potencial suficiente para la aparición de estresores significativos, siendo los problemas de salud uno de los más importantes según estos autores. Los resultados obtenidos mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage arrojaron que el 42% de los participantes mostraba indicadores de depresión, sin encontrarse diferencias estadísticas significativas en cuanto a la diferencia de sexo y estado civil. En cuanto a los niveles de ansiedad manifestados por los sujetos en el Inventario de Ansiedad de Beck, el 48% de los participantes sufría un nivel mínimo de ansiedad, el 17% un nivel moderado y el 3% un nivel severo de ésta. Los resultados de este estudio muestran que existen indicadores significativos de ambos constructos en la población estudiada y que su presencia no se encuentra relacionada con la influencia de factores sociodemográficos como sexo o estado civil, sino que posiblemente se encontraría relacionado con factores de tipo psicosocial.

3.6.3 Bienestar

El concepto de bienestar ha estado relacionado a lo largo de su estudio con felicidad, calidad de vida y salud mental, así como con distintas variables personales y contextuales asociadas (Ballesteros, Medina y Caycedo, 2006). Cuatro han sido los principales modelos que intentan explicar su funcionamiento y ha sido en las dos últimas décadas donde se ha realizado una delimitación más clara respecto a lo que el concepto refiere.

3.6.3.1 Modelos Teóricos del Bienestar

- Teorías de la Adaptación

Estas teorías explican que ante el impacto de eventos altamente estresantes las personas simplemente se adaptan y vuelven a su nivel de bienestar previo. Éste bienestar es regulable en función de los eventos vitales de las personas y varía según como sea evaluado, si a nivel de los componentes de afecto positivo y negativo o como una evaluación de la satisfacción global con la vida (Easterlin, 2005 citado en Castro, 2009).

Estas teorías se basan en un modelo automático de la habituación en el cual los sistemas reaccionan a las desviaciones del nivel de adaptación actual y permiten que el impacto del evento se diluya. Por lo tanto, las fuentes de recursos personales permanecen libres para poder hacer frente a los nuevos estímulos que requieren atención inmediata (Fredrick y Loewenstein, 1999 citado en Castro, 2009).

- Modelos Situacionales Bottom Up v/s Modelos Personológicos Top Down

Los modelos situacionales consideran que la suma de momentos felices en la vida da como resultado la satisfacción de las personas (Diener, Sandvik y Pavot, 1991 citado en Castro, 2009), lo cual sería un efecto del bienestar percibido en cada una de las áreas vitales de las personas (Castro, 2009). Por otro lado, los enfoques top-down suponen que el bienestar es una disposición general de la personalidad, y dado que la personalidad es estable, el bienestar también lo es. Según este enfoque, las personas “felices por naturaleza” son aquellas que disposicionalmente experimentan mayor satisfacción en el trabajo, en la familia, con amigos, en su tiempo libre, etc.

- **Teoría de las Discrepancias**

La teoría de las discrepancias, considera que la autopercepción del bienestar está multideterminada, identificando seis tipos de teorías basadas en hipótesis de comparación (gap), entendida como la distancia entre dos términos. Éstas son conceptualizadas como aquello que las personas tienen y el objetivo que quieren lograr (teoría del objetivo-logro), como lo que las personas tienen y su ideal a lograr (teoría del ideal-realidad), como lo que se tiene en determinado momento y lo mejor que se obtuvo del pasado (teoría de la mejor comparación previa), como aquello que uno obtiene y lo que otro grupo social significativo tiene (teoría de la comparación social) y por último, como la adaptación entre el medio y el sujeto (teoría de la congruencia) (Michalos, 1986; citado en Castro, 2009). De ésta manera, el bienestar se explica por la comparación que hacen las personas entre sus niveles de estándar personales y el nivel de condiciones actuales o logros obtenidos (Castro, 2009).

- **Teorías Universalista**

Este grupo de teorías proponen que la satisfacción se alcanza con el logro de ciertos objetivos o cuando se han satisfecho ciertas necesidades básicas. Dado que las necesidades están moderadas por el aprendizaje, el ciclo vital y los factores emocionales, entre otros, el logro del bienestar resultará de alcanzar diferentes objetivos, para diferentes personas, en diferentes etapas de la vida (Diener y Larsen, 1991 citado en Castro, 2009). Seguido de esto, las teorías universalistas en particular serán tomadas como referencia para los fines de la presente investigación ya que proponen específicamente el logro de ciertos objetivos o satisfacción de necesidades en la vida de las personas, moderadas por diversos factores, los cuales influirán de alguna manera en el bienestar y salud de las personas.

3.6.3.2 Perspectivas de Estudio

Respecto a la delimitación de lo que refiere el concepto de bienestar, ésta se traduce en la perspectiva vinculada con la felicidad dentro de la llamada tradición hedónica que será expuesta a continuación, y otra ligada al desarrollo del potencial humano dentro de la tradición eudaimónica, (Ryan y Deci, 2001) que será descrita posteriormente.

- Tradición Hedónica: Bienestar Subjetivo y Otros Conceptos

Dentro de la tradición hedónica, Deci y Ryan (2008), señalan que las investigaciones en esta área para determinar el placer/displacer en las personas ha utilizado como referencia la evaluación de lo que se denomina bienestar subjetivo. Se señala que el bienestar subjetivo se refiere a aquellas evaluaciones tanto afectivas como cognitivas que hace la gente respecto a juzgar de un modo general o global su vida (Diener, 2000). La satisfacción se da en las áreas de mayor interés para el ser humano, en una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, como son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja, (García y González, 2000).

- Tradición Eudaimónica: Bienestar Psicológico

Las explicaciones dadas bajo la tradición hedónica resultaban insuficientes para explicar los distintos factores que se veían involucrados al momento de evaluar la satisfacción hacia la vida, ya que se comenzó a considerar que el bienestar consistía en algo más que la sola felicidad y no necesariamente el que las personas reportarán afectos positivos y satisfacción, indicaba un bienestar psicológico (Deci y Ryan, 2008). Así surge la noción de

bienestar psicológico, la cual se centra en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle, et al. 2006), situando ahora los estudios desde la denominada tradición eudaimónica.

Como principal teórico de éste enfoque más positivo en salud mental se encuentra Carol Ryff, quien se refiere al bienestar psicológico o salud mental positiva. Esta mirada se basa en las concepciones filosóficas tradicionales del bienestar como una virtud, en el sentido de búsqueda constante de la excelencia personal, (Oramas, Santana y Vergara, 2006). De ésta manera, el enfoque eudaimónico y la definición conceptual aportada por Carol Ryff, se considera como aquella que integra de manera multidimensional los componentes que inciden en el mejoramiento del diario vivir del individuo y que se encuentra acorde a la perspectiva de los objetivos planteados por ésta investigación.

3.6.4 Bienestar Psicológico y sus Definiciones

Sus primeras concepciones se articularon en torno a conceptos como la autoactualización (Maslow), el funcionamiento pleno (Rogers), la madurez (Allport), las teorías sobre salud mental positiva (Jahtxla) o las teorías sobre el ciclo vital (Erikson) (Rodríguez, Díaz, Moreno, Blanco & van Dierendonck, 2010).

García y González (2000) señalan que el bienestar psicológico se define como un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, dado por su naturaleza subjetiva vivencial y relacionado estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. Además posee elementos

reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo–valorativo, donde ambos se encuentran relacionados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas y por las circunstancias medioambientales. También puede esperarse que las causas del bienestar difieran según el ciclo vital, las condiciones de vida, el nivel educacional, la ocupación o el grupo social. Finalmente, Ortiz y Castro (2009) señalan que Ryff (1989) se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, el cual tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y consecución de metas valiosas, reconociendo en cada uno al máximo los talentos. Destaca además la responsabilidad del individuo de encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades poco favorables.

3.6.5 Modelo Explicativo del Bienestar Psicológico de Ryff

La teoría del bienestar psicológico (Ryff, 1989) constituye uno de los eslabones fundamentales de la psicología positiva y enuncia un modelo denominado "Modelo Integrado de Desarrollo Personal" (citado en Romero, García-Mas, Brustad, 2009) compuesto por seis dimensiones.

La primera dimensión se denomina *autoaceptación* y se relaciona con el hecho de experimentar una actitud positiva hacia sí mismo y hacia la vida pasada. Las *relaciones positivas con otras personas* se definen como la capacidad de mantener relaciones estrechas con otras personas y basadas éstas en la confianza y la empatía. La *autonomía* es considerada como necesaria para poder mantener la propia individualidad y autonomía

personal, relacionándose con la autodeterminación y el enfrentamiento a la presión social de mejor manera. La cuarta dimensión es el *dominio del entorno* definida como la capacidad individual para crear o elegir ambientes favorables, logrando la satisfacción de los deseos y necesidades propias. Además se encuentra la dimensión del *propósito en la vida* la cual se refiere a que las personas necesitan establecerse metas y definir los objetivos que le permitan otorgar sentido a su vida. Por último, se encuentra la dimensión del *crecimiento personal* relacionada con el desarrollo máximo de potencialidades humanas y crecimiento personal (Ryff 1989 citado en Ortiz y Castro, 2009).

De ésta forma, el modelo puede ser utilizado en múltiples contextos y poblaciones con el propósito de conocer el bienestar psicológico de diferentes personas, logrando asesorar a individuos o instituciones la búsqueda de su desarrollo y crecimiento personal, satisfacción con la vida, percepción de salud y capacidad de emprendimiento, tanto de forma individual como social y contextual.

3.6.6 Bienestar y Pobreza

Existe escasa evidencia respecto de las consecuencias que el vivir en situación de pobreza tiene en el bienestar de las personas.

El siguiente estudio realizado por Vetter, Endras, Schweizer, Hsun-Mei, Rossler y Gallo (2006) tuvo como objetivo examinar si en los trabajadores pobres en Suiza correlacionaba con las variables de salud mental y necesidades insatisfechas de salud mental. La muestra estuvo compuesta por 5.453 sujetos de entre 20 y 59 años de edad. Se propuso también establecer la asociación entre pobreza, trabajo y bienestar psicológico,

entendiendo este último como la forma por la cual las personas evalúan como se sienten dependiendo de los factores psicosociales que ha debido enfrentar a lo largo de su vida. Los resultados indicaron que el estándar de vida limitado y medidas destinadas a la privación material tiene una apreciable relación negativa con el bienestar psicológico en general, y que la probabilidad de haber obtenido orientación de salud mental entre los participantes del estudio era bastante alta, reflejando así una necesidad en la asistencia de servicios psicológicos. Cabe tener en cuenta, que la intersección de las limitaciones en la vida y la carencia de ingresos hacen suponer que ésta compleja situación de pobreza se relaciona con los problemas de salud psicológica, debido a los efectos causados por la conjunción de la privación y los bajos ingresos.

Lo anterior se relacionaría con un estudio realizado por Shek (2004) en Hong-Kong, donde una muestra de 199 familias en situación de pobreza, padres y sus hijos adolescentes, debían responder acerca de sus creencias sobre las causas de la pobreza en términos de su bienestar psicológico, constituyendo a este último dentro de un modelo que incluía factores relacionados con problemas personales, explotación, falta de oportunidades, el destino y atribución externa, midiendo durante dos años consecutivos dicho bienestar. Los resultados mostraron que las medidas de las creencias acerca de las causas externas de la pobreza, en especial aquellos factores sobre los que se tiene poco control fueron relacionados al mismo tiempo con un bajo bienestar psicológico, encontrándose además que ésta visión no presentaba diferencias entre lo aportado por los padres y lo aportado por los adolescentes.

3.6.7 Bienestar y Adulto Mayor

Durante la tercera edad no sólo es relevante mantener un estado saludable en el ámbito físico, sino que también mantener ciertos niveles de bienestar psicológico y contar con los recursos sociales suficientes.

Navarro, Meléndez y Tomás (2008), trabajaron con una población compuesta por 176 personas que vivían en la ciudad de Valencia, mayores de 65 años, jubilados y no institucionalizados. El objetivo de ésta investigación fue examinar las relaciones existentes entre los elementos de funcionamiento físico a través de los niveles de ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y los elementos de carácter psicológico mediante medidas de bienestar. Los resultados concluyen que el bienestar psicológico se correlaciona significativamente con la valoración funcional de personas ancianas y que al mismo tiempo funciona como un predictor positivo de ésta valoración, lo que a su vez mantiene un nivel más alto de satisfacción personal, siendo así capaces de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales. En cuanto a la relación con los otros, cuando el nivel de dependencia es mayor, las relaciones positivas con los demás se evalúan mejor, ya que las personas cuyo estado funcional de salud es deficiente necesitan mantener lazos personales más estrechos que mejoren la percepción de apoyo y donde su bienestar psicológico lleve a un disfrute más pleno de la etapa. Con esto, a la hora de evaluar la salud de los ancianos, se deben priorizar los indicadores más propios de ésta y también aquellos indicadores de carácter psicológico relacionados con la propia autopercepción, como es el caso del bienestar (Navarro, Meléndez y Tomás, 2008).

Molina y Meléndez (2006) realizaron un estudio con 111 personas de República Dominicana con edad superior a 65 años que mantenían condiciones normales de salud tanto física como mental, donde el objetivo fue relacionar los factores obtenidos de la escala de Ryff con variables sociodemográficas, y determinar si existen o no diferencias significativas en la población estudiada. Los resultados no arrojaron diferencias significativas del bienestar respecto a las variables sexo, edad, nivel de estudios y presencia de hijos. Lo que refiere al estado civil se presentaron diferencias en el factor dominio del ambiente y relaciones positivas con otros. Respecto a la institucionalización o no de los sujetos, las personas no institucionalizadas, obtienen medias superiores y estadísticamente significativas en los factores de dominio del ambiente, relaciones positivas con otros y autonomía. La posible percepción del envejecimiento como un momento de pérdidas, determinante a la hora de analizar el bienestar parece ser que se convierte en un elemento activador de procesos adaptativos que le permiten al sujeto afrontar con éxito los cambios de carácter negativo asociados al envejecimiento (Molina y Meléndez, 2006).

Por último, Arias y Soliverz (2009), realizaron un estudio con una población conformada por 80 adultos mayores de ambos sexos de la ciudad de Mar del Plata en Argentina, cuyas edades variaron entre los 60 y los 93 años. El objetivo fue conocer la evaluación que hacen de sus vidas los adultos mayores que viven en hogares particulares y en residencias, así como también conocer su bienestar psicológico global. Los resultados indicaron que los adultos mayores que viven en hogares particulares informan un mayor bienestar psicológico global que los que viven en residencias. Se considera que la falta de redes de apoyo social anterior al ingreso a la residencia, así como la dificultad de generar

nuevos vínculos de intimidad con otros adultos mayores con los cuales conviven, pueden ser aspectos que generen estas diferencias. Dentro de los resultados, también se destaca que los adultos mayores que viven en hogares particulares pueden pensar en el futuro, proponerse metas y encontrar sentido a su vida, mientras que los que viven en residencias tienen mayores dificultades para proyectar y proyectarse. Se señala además que al igual que en otras etapas de la vida, el bienestar puede verse afectado por particulares circunstancias y por la significación que el sujeto le otorgue. Estos hallazgos constituyeron un nuevo aporte en el avance del conocimiento acerca de los aspectos positivos en la vejez y de sus posibles aplicaciones en el logro de un envejecimiento saludable, (Arias y Soliverez, 2009).

3.6.8 Síntesis

La concepción predominante en las investigaciones respecto a Salud Mental corresponde en términos generales a la ausencia de enfermedad mental, no obstante, este enfoque sufre un cambio orientado a una concepción más amplia, que incluye un bienestar integral de las personas y no solo un *enfoque médico psicopatológico* (Oramas et al, 2006) La OMS (2004), en este sentido, sigue la misma línea, definiendo salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS citado en OMS, 2004). García (2004), incluye además factores psicosociales como el nivel socioeconómico, lo que configura una mirada biopsicosocial de la Salud Mental.

Otra dato importante a considerar es el alto riesgo de los sectores más pobres en Chile, encontrándose a la salud mental entre las 16 Prioridades Nacionales de Salud determinadas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAL, 2009).

. En relación a bienestar se encuentran en la bibliografía cuatro modelos principales que explican este constructo, los cuales son; Teorías de la Adaptación, Modelos Situacionales Bottom Up v/s Personológicos Top Down Teoría de las Discrepancias y Teorías Universalistas. Además, existen dos perspectivas de estudio sobre Bienestar. La primera tradición es la llamada hedónica, y la segunda está ligada al desarrollo del potencial humano dentro de la tradición eudamónica (Ryan y Deci, 2001).

En el presente estudio la concepción utilizada es de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), la cual está compuesta por seis dimensiones; autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

En base a esto se han realizado diversos estudios que se refieren a la relación entre pobreza y bienestar psicológico, encontrando que las situaciones de pobreza disminuyen el bienestar psicológico (Vetter et al 2006). Por otro lado, el bienestar psicológico se relaciona con el funcionamiento en términos generales con la valoración funcional del adulto mayor y su nivel de satisfacción (Navarro et al, 2008).

Con la revisión conceptual del bienestar y salud mental en las personas, específicamente la población adulto mayor, se logra entender la importancia e implicancia de la conjunción activa de factores tanto biológicos como psicosociales que se encuentran en juego al momento de evaluar los niveles de bienestar en el adulto mayor. Sin embargo,

con la amplitud de dificultades que se dan en ésta etapa de la vida, resulta pertinente para los fines de ésta investigación determinar su foco hacia las implicancias que los distintos factores tienen sobre los problemas de salud mental más prevalentes en la vejez.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Diseño de Investigación

El presente diseño de investigación se clasificó como no experimental de tipo descriptivo-correlacional, dado que en una primera instancia se pretendió describir cómo se presentan los factores psicosociales (percepción de apoyo social, riesgo de trastorno psicosomático [sucesos vitales estresantes] y estrategias de afrontamiento) de la población adulto mayor en situación de pobreza, para luego analizar las relaciones existentes entre estos factores y la salud mental presente en ésta misma población.

4.2 Muestra

El muestreo es de tipo intencionado, en donde los participantes de esta investigación fueron personas mayores de 60 años, los cuales debían cumplir con los siguientes criterios para su inclusión en el estudio:

- a. Haberse encontrado bajo la línea de la pobreza, según los parámetros establecidos en la Ficha de Protección Social (CASEN)
- b. Haber sido invitado por monitores del Programa Vínculos del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).
- c. Vivir en la V Región de Valparaíso
- d. No haberse encontrado institucionalizados (casas de reposo, hospitales, entre otros), ni presentar enfermedades tanto físicas como mentales que le impidan participar óptimamente en los procedimientos evaluativos de este estudio.

Tomando en cuenta estos criterios la muestra total fue de 70 personas de ambos sexos que cumplían con los criterios de inclusión previamente señalados.

4.3 Procedimiento

- Reclutamiento

En primera instancia, el reclutamiento se realizó mediante el contacto con el Servicio Nacional del Adulto Mayor, con sede en la ciudad de Valparaíso. Ésta institución tras conocer los objetivos del presente estudio y de las características de la población requerida, sugirió el trabajo con el Programa Vínculos perteneciente a la misma institución, el cual accedió a entregar su colaboración.

En relación al contacto con la población en estudio, fueron los monitores del Programa Vínculos los que en sus visitas domiciliarias realizadas invitaron a cada adulto mayor a participar de este proceso, informándoles detalladamente acerca de los objetivos e implicancias del estudio. En la medida que los adultos mayores iban confirmando su participación se calendarizaba la fecha donde se aplicaría la batería de instrumentos señalada en posteriores apartados.

- Presentación del Consentimiento Informado

El consentimiento informado fue dado a conocer a la población adulto mayor a través de una presentación verbal con el fin de aclarar dudas respecto a los fines de la investigación y la importancia de la participación de cada uno de ellos. Además se concretó lo anterior mediante una hoja informativa en donde se describieron los objetivos de la

investigación, los procedimientos a seguir y lo que se esperaba encontrar finalizado el estudio (ver anexos)

4.4 Instrumentos

a. Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica, (Anexo N° 1).

Cuestionario elaborado por las autoras del presente estudio con el objetivo de obtener un perfil sociodemográfico de los adultos mayores a entrevistar, consistente en seis preguntas cerradas. Las características sociodemográficas a indagar fueron las siguientes: edad, género, escolaridad, comuna en la que reside, existencia de pareja, hijos o familia extensa, presencia o diagnóstico de enfermedad tanto física como mental y tratamiento o no en caso que se presentara el diagnóstico para alguna enfermedad.

b. Cuestionario Breve de Estilos de Afrontamiento (BRIEF COPE) (Anexo N° 1).

Cuestionario desarrollado por Carver (1997) como una abreviación de COPE original diseñado por Carver, Sheier, Weintraub (1989) (Morán, Landero, González, 2009), siendo el objetivo primordial evaluar las diversas formas de respuesta de las personas antes el estrés.

Esta versión abreviada cuenta un total de 28 ítems tipo Likert del 1 al 4 (1= Nunca; 2= A Veces; 3= Casi Siempre; 4= Siempre), en consideración a las acciones que realiza la persona al momento de encontrarse bajo diversas situaciones generadoras de estrés o sucesos vitales estresantes.

En cuanto a los puntajes obtenidos, estos se agrupan de acuerdo a las 14 tipos de afrontamiento en 3 escalas respectivamente: estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, estrategias de afrontamiento centradas en el problema, estrategias de afrontamiento disfuncionales (Morán, et al. 2009).

Las propiedades psicométricas fueron reportadas por Carver (1997) en donde la confiabilidad interna del instrumento excedió ,60.

c. General Health Questionnaire (GHQ-12), (Anexo N° 1).

El Cuestionario General de Salud fue desarrollado por David Goldberg en el año 1972 con la intención de crear un instrumento de tamizaje de los problemas de tipo afectivos (Casey, 1990, citado en González e Ibáñez, 2001). Esta escala se centra en la detección del malestar psicológico más que en la identificación de las categorías psicopatológicas más concretas. Los ítems fueron seleccionados según su capacidad para discriminar entre pacientes psiquiátricos y aquellos pacientes sin patología psiquiátrica declarada o diagnosticada.

Debido a las diversas propiedades de esta escala (adecuada sensibilidad, fácil administración, entre otras) este instrumento ha sido altamente utilizado, traducándose a más de 38 idiomas, desarrollándose a la vez, diversas versiones de 60, 30, 28, 20 y 12 (González e Ibáñez, 2001). En la presente investigación se utilizará la versión más abreviada de 12 ítems, la cual contiene 6 ítems de sentencias positivas y 6 sentencias negativas.

En cuanto a las propiedades psicométricas del GHQ-12, diversos estudios se han referido a los altos índices de fiabilidad, (Alpha de Cronbach de .82 y .86, Goldberg, 1997,

citado en Rocha, 2011). Además el GHQ-12 presenta una elevada consistencia interna en la población general (.86) y también en la población mayor de 65 años (.90). En cuanto a la validez externa y tras el análisis de Chi-cuadrado de Pearson entre las variables depresión y ansiedad u otro trastorno mental y el GHQ-12 se observa que hay una asociación estadísticamente significativa.

Por otra parte, y debido a los objetivos planteados para este estudio, sólo se consideró pertinente al momento de analizar los datos la utilización de uno de los dos factores presentes en el instrumento, el cual corresponde al factor n°1 de sintomatología psicofisiológica del instrumento descrito el cual dice relación con los afectos positivos, un sentimiento de bienestar general y su expresión psicofisiológica (ítems 1,2,5,7,9 y 12). Excluyendo el segundo factor “funcionamiento social adecuado” debido al posible solapamiento con el cuestionario de bienestar BIEPS-A.

d. Escala Multidimensional de Apoyo Social (MSPSS) Adaptación a la Población Chilena. (Anexo N° 1).

La escala MSPSS (1988) está compuesta por 12 ítems, los que recogen información sobre el apoyo social percibido por los individuos de tres fuentes específicas como familia, amigos y otros significativos. Esta escala ha sido ampliamente validada en Estados Unidos, mostrando excelentes características métricas en diversos grupos: estudiantes universitarias, embarazadas, adolescentes que viven en el extranjero residentes pediátricos, entre otros (Arechabala y Miranda, 2002).

En un grupo de estudiantes universitarios, Zimet reportó una confiabilidad de Alpha de Cronbach general de 0.88 y de 0.85 test-retest, lo cual demostró de esta manera una

buena confiabilidad interna y una adecuada estabilidad a lo largo del período de tiempo indicado.

Arechabala y Miranda (2002) llevaron a cabo un estudio de validación de la escala MSPSS en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión en la Región Metropolitana de Chile.

La adaptación de la MSPSS se llevó a cabo mediante la traducción de ésta al español, para posteriormente ser sometida a un juicio de expertos en el idioma inglés al igual que en las áreas de psicología y gerontología. Posteriormente, y tras la aplicación de la escala en una muestra piloto se consideró la necesidad de modificar la escala de respuesta, pasando así de presentar una escala Likert de 7 ítems (1= muy en desacuerdo a 7= muy de acuerdo) a una de 4 ítems, siendo los conceptos utilizados los siguientes: 1= casi nunca, 2= a veces, 3= con frecuencia, 4= siempre o casi siempre. Esto debido a que la población piloto presentó diversos problemas relacionados con términos muy similares y la gran diversidad de respuestas (Arechabala y Miranda, 2002).

Los resultados de este estudio muestran la existencia de correlaciones significativas (> 0.3) entre los 12 ítems y el puntaje total de la MSPSS. En cuanto a la confiabilidad total del instrumento, calculada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, esta fue de .86.

e. Cuestionario de Apoyo Social Comunitario, (Anexo N° 1).

Este cuestionario realizado por Gracia, Musitu y Herrero (2002), proporciona una medida de la participación e integración comunitaria, así como un índice de apoyo percibido en relación a los recursos informales (grupos sociales, clubes, asociaciones deportivas, entre

otros) y a los recursos formales (centros educativos, de rehabilitación, centros de salud, entre otros). *“En este instrumento se evalúan de manera conjunta las dimensiones objetivas de la participación, tal como la frecuencia o grado de asiduidad a eventos, reuniones o asociaciones, así como también la satisfacción derivada de la participación en ellas”* (Gracia, et. al., 2002, p. 97).

Este cuestionario cuenta con 25 ítems divididos en 3 escalas, va dirigido a población adulta de todas las edades, en donde el tiempo estimado de aplicación es de 6 a 9 minutos. Cabe destacar que aún no existe una versión adaptada para la población adulto mayor chilena. La primera escala llamada “Integración y participación comunitaria” compuesta por 11 ítems consta de 2 factores (integración y participación) y evalúa las interacciones sociales con los vecinos del barrio y la comunidad, así como la satisfacción con estas. La segunda escala llamada “Apoyo social en sistemas informales”, consta de 10 ítems que evalúan la percepción de apoyo social en diversos sistemas informales de la comunidad (asociaciones, grupos sociales, parroquia, etc.). La tercera escala llamada “Apoyo social en sistemas formales” consta de 4 ítems que evalúan la medida en que diversas organizaciones y servicios de la comunidad son percibidos como fuentes potenciales de apoyo.

Los 33 reactivos son valorados mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1= muy en desacuerdo y 5= muy de acuerdo. Las 3 escalas del cuestionario poseen una confiabilidad en el coeficiente Alpha de Cronbach de: 0, 879 para la escala 1, de 0,856 para la segunda escala y de 0, 845 para la tercera.

f. Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (Holmes y Rahe, 1967) (Anexo).

Este instrumento, desarrollado por los psiquiatras Holmes y Rahe el año 1967 “*mide la cantidad de sucesos, intensidad y vivencia de los cambios ocurridos en la vida de la persona durante el último año*” (Fernández, Ubillo, Zubieta, 2000, p. 37).

Estos investigadores pretendían establecer si es que existía alguna relación entre los sucesos vitales estresantes experimentados y el desencadenamiento de diversas enfermedades. Para ello examinaron un número importante de fichas clínicas de distintos pacientes intentando determinar esta posible relación. Luego pidieron a 374 jueces que juzgaran la severidad de 43 situaciones, que abarcaran las áreas de salud, trabajo, hogar, familia, personal/social, y financiera, asignándole posteriormente valores entre 0 y 1000 a cada ítem de la escala, considerando como referencia el ítem matrimonio al que se le asignó un valor arbitrario de 500. Estas calificaciones fueron promediadas y posteriormente divididas para llegar a un puntaje para los elementos individuales.

Al valor asignado a cada suceso vital estresante el cual fue promediado entre los distintos jueces se le llamó “Unidades de Cambio Vital” [UCV] según el grado de reajuste que demanda la situación (Bruner, Acuña, Gallardo, Atri, Hernández, 1994).

Los resultados de esa primera apreciación se tradujeron en correlaciones mayores a .90 entre los diversos subgrupos de la muestra, divididos por sexo, edad, educación, clase social, raza y religión (Bruner et al. 1994). Cabe destacar que la suma de los puntajes de las UCV también ha mostrado validez para predecir tanto el inicio de cómo la gravedad de una enfermedad subsecuente. Holmes en una investigación realizada el año 1978 (citado en Bruner et al., 1994) demuestra que en aproximadamente el 30% de los sujetos con un

puntaje bajo de UCV, 50% de aquellos con un nivel de UCV intermedio y 80% de aquellos con un puntaje alto, contrajeron algún tipo de enfermedad, concluyendo de esta manera que los eventos vitales estresantes pueden ser un factor de susceptibilidad de enfermedad.

Considerando la puntuación de 1 como la mínima y 100 como la máxima, graduando los distintos sucesos en una escala de 1 al 100. La persona se encuentra en riesgo de experimentar algún tipo de trastorno psicosomático si la suma de los cambios vitales es igual o superior a 300. Por otra parte, si la suma de los UCV se encuentra entre 150-299 se considera como un riesgo de moderado de enfermedad. Por último si la persona obtiene una puntuación inferior a 150 puntos en la suma de los UCV existirían un riesgo bajo de parecer algún tipo de patología.

g. Escala de Bienestar Psicológico BIEPS-A, (Anexo N° 1).

La Escala de Bienestar Psicológico desarrollada por Martina Casullo el año 2002 se realizó con motivo de evaluar el bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva multidimensional, tomando como marco de referencia las propuestas teóricas de Ryff y Keyes (1995). La Escala BIEPS en sus inicios para la versión de adolescentes está conformada por 5 factores tales como Autonomía (capacidad de actuar de modo independiente), Control de Situaciones (sensación de control y autocompetencia), Vínculos Psicosociales (calidad de las relaciones personales), Proyectos (metas y propósitos en la vida) y Aceptación de Sí mismo (sentimiento de bienestar con uno mismo). Con esto, el constructo de bienestar psicológico es considerado una dimensión evaluativa, y que se relaciona con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido (Casullo, 2002).

Casullo (2002) consideró desarrollar un instrumento para evaluar el bienestar psicológico en personas adultas, ya que no se contaba con técnicas para su evaluación sobre la base del modelo propuesto. Se diseñó un instrumento *ad hoc* para la evaluación del bienestar psicológico basado en la población adolescente anteriormente descrita, con lo cual se partió de 20 ítems que operacionalizaban las dimensiones de la teoría de Ryff [1989; citado en Casullo, 2002]. Se consideraron las cinco dimensiones y se redactaron 4 ítems para cada una de ellas, donde cada frase podía ser respondida en un formato de respuesta Likert con 3 opciones de respuesta.

Luego de obtener una puntuación total y una para cada dimensión, se procedió a verificar la validez psicométrica de cada una mediante un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax de sus elementos. A medida que se realizaba el proceso de forma reiterativa, se eliminaban en cada paso los ítems que tuvieran peso similar en más de un factor, obteniéndose un total de 13 ítems para la escala BIEPS –A. Los factores que se encontraron mediante este análisis junto a sus respectivas confiabilidades fueron: Proyectos (0.59), Autonomía (0.61) y Vínculos (0.49), mientras que el factor Control de Situaciones aparecía solapado con Aceptación de Sí Mismo, configurándose un solo factor (0.46). Si bien los índices de confiabilidad son algo bajos, se debe al efecto del bajo número de elementos por cada dimensión, ya que la confiabilidad total de la escala fue aceptable alcanzando valores de 0.70.

4.5 Plan de Análisis de Datos.

Para el análisis de los datos se utilizaron los software Excel 2007 y SPSS 19. Con el fin de caracterizar a los participantes de este estudio se realizaron análisis descriptivos, mientras que con el objetivo de evaluar las relaciones existentes entre las distintas variables y la salud mental, se llevaron a cabo, según fuese apropiado, pruebas t para muestras independientes, ANOVA de un factor y análisis correlacionales. Para todos los análisis se consideró un nivel de significancia de 0.05.

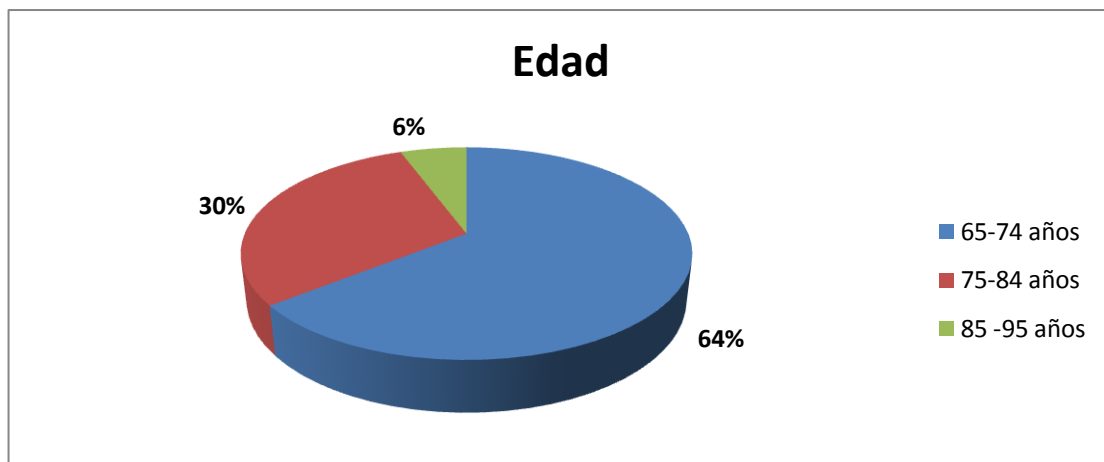
5. RESULTADOS

A continuación se describen las características sociodemográficas y clínicas del grupo adulto mayor estudiado, dando cuenta de las relaciones entre los factores sociodemográficos, psicosociales y las variables clínicas estudiadas.

5.1 Características Sociodemográficas

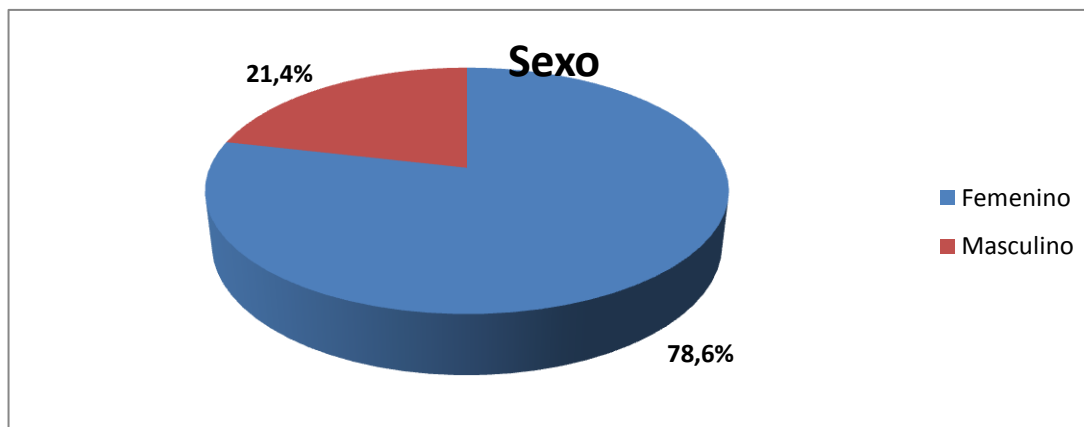
El grupo estudiado se ubicó en el **rango etario** entre 65 y 95 años, de los cuales un 64% se encontró entre los 65 y 74 años de edad. Un 30% tenía entre 75 y 84 años, mientras que un 6 % se ubicó en el rango etario de 85 a 95 años. La edad promedio del grupo adulto mayor encuestado fue de 72,4 años (d.s: 6,7).

Gráfico N°1: Porcentajes Edad



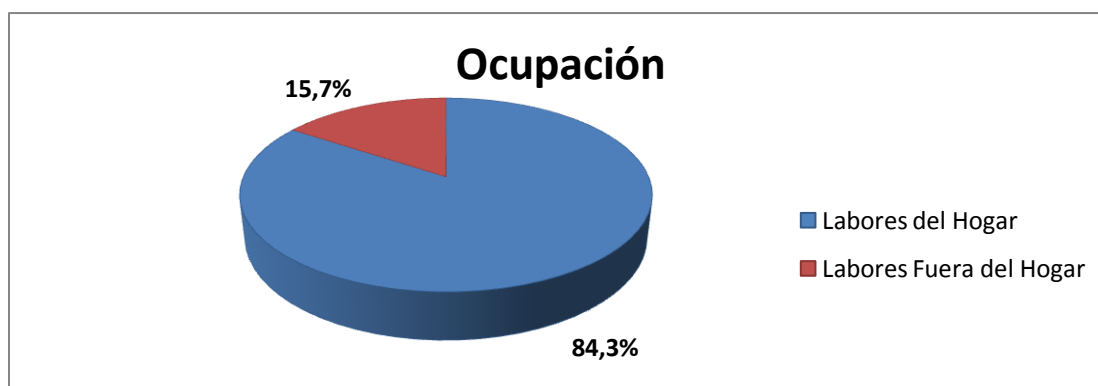
En esta misma muestra, el mayor porcentaje de adultos mayores correspondió al **sexo** femenino (78,6 %), mientras que un 21,4 % al sexo masculino.

Gráfico N°2: Porcentajes Sexo



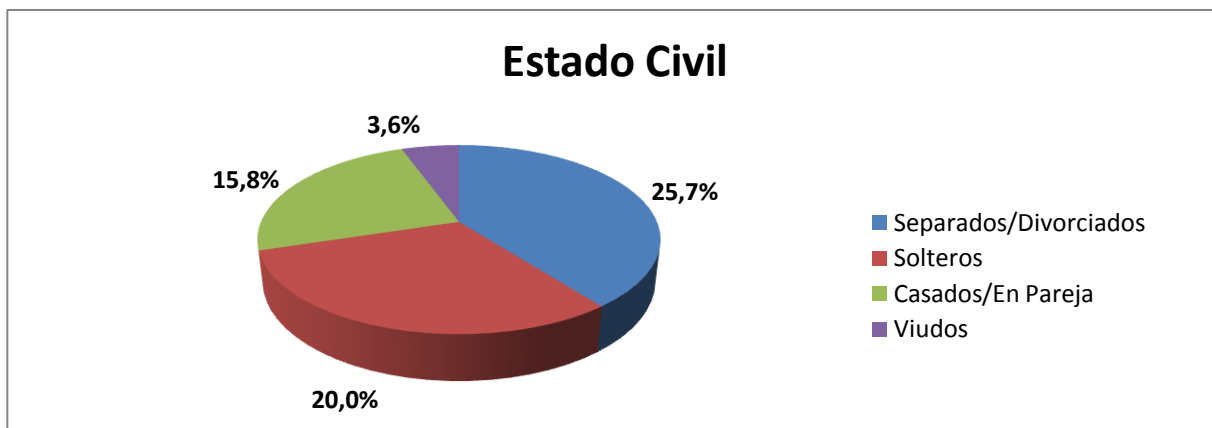
En cuanto a la **ocupación** de la población estudiada, se estableció una división entre “labores del hogar” y “labores fuera del hogar”, las cuales correspondieron a un 84,3% y 15,7% respectivamente.

Gráfico N°3: Porcentajes Ocupación



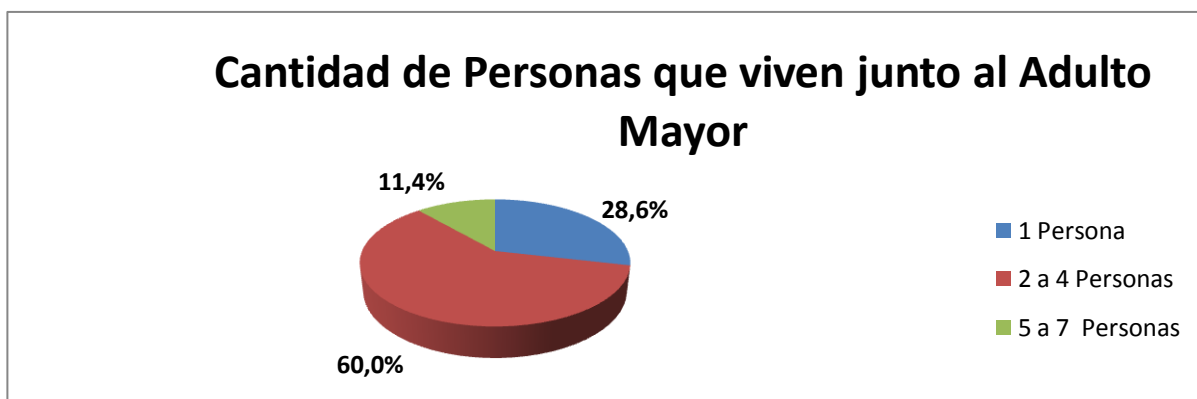
En cuanto al **estado civil** del grupo adulto mayor estudiado, las categorías correspondieron a quienes se encuentran separados o divorciados (25,7%), solteros (20%), casados/en pareja (15,8%) y viudos (3,6%)

Gráfico N° 4: Porcentajes Estado Civil



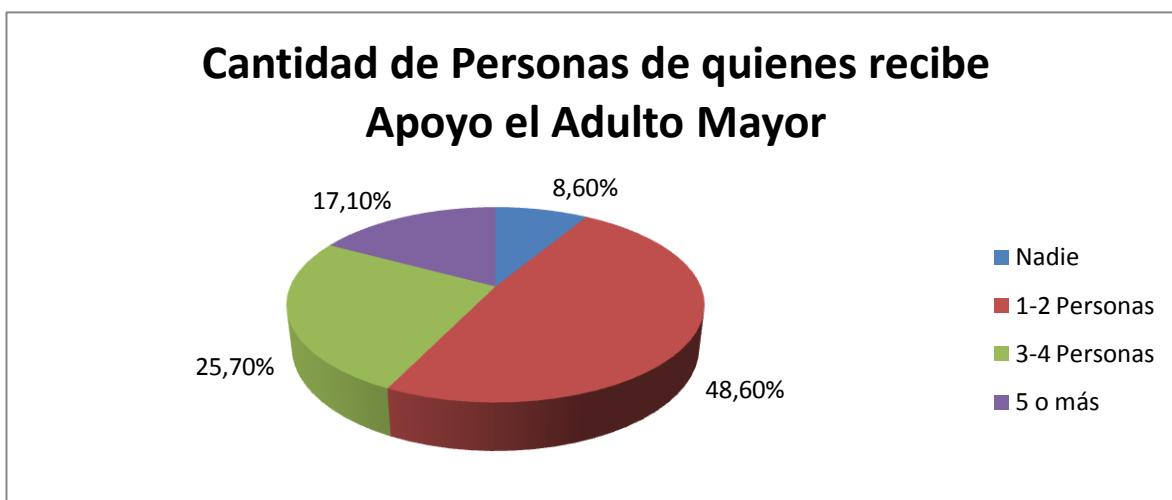
En relación a la **cantidad de personas** que viven en el mismo hogar el 60% correspondió a la categoría 2 o 4 personas, un 11,4% al rango entre 5 y 7 personas, mientras que el 28,6% perteneció a personas que viven sin compañía.

Gráfico N° 5: Porcentajes Cantidad de Personas que viven junto al Adulto Mayor



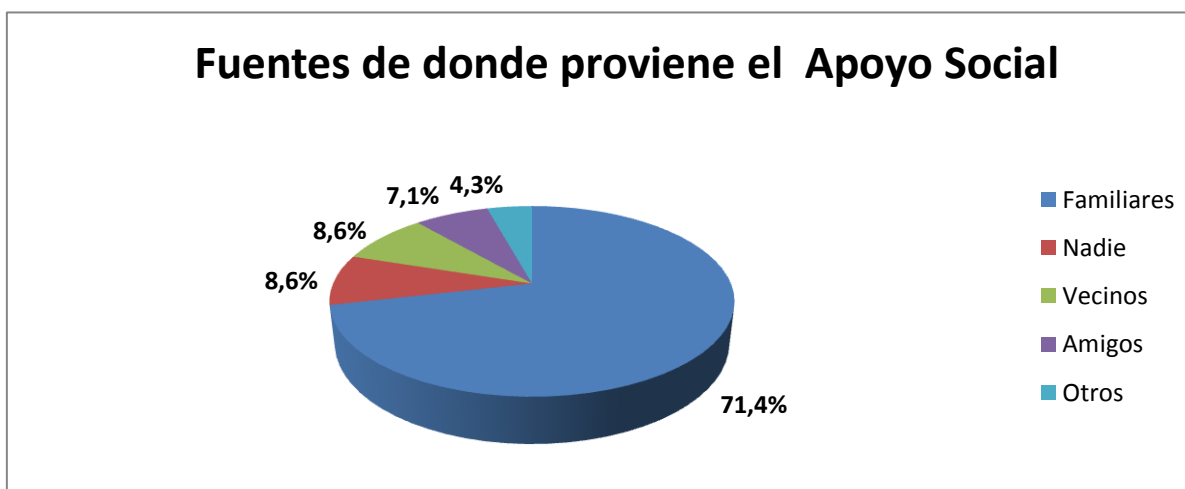
Respecto a la **cantidad de personas** de quienes el adulto mayor dice recibir apoyo social o mantiene relaciones cercanas, un 8,6% refirió no tener a nadie, un 48,6 % entre 1 y 2 personas, un 25,7% entre 3 y 4 personas, y un 17,1% 5 o más.

Gráfico N°6: Porcentajes Cantidad de Personas de quienes el Adulto Mayor percibe Apoyo Social



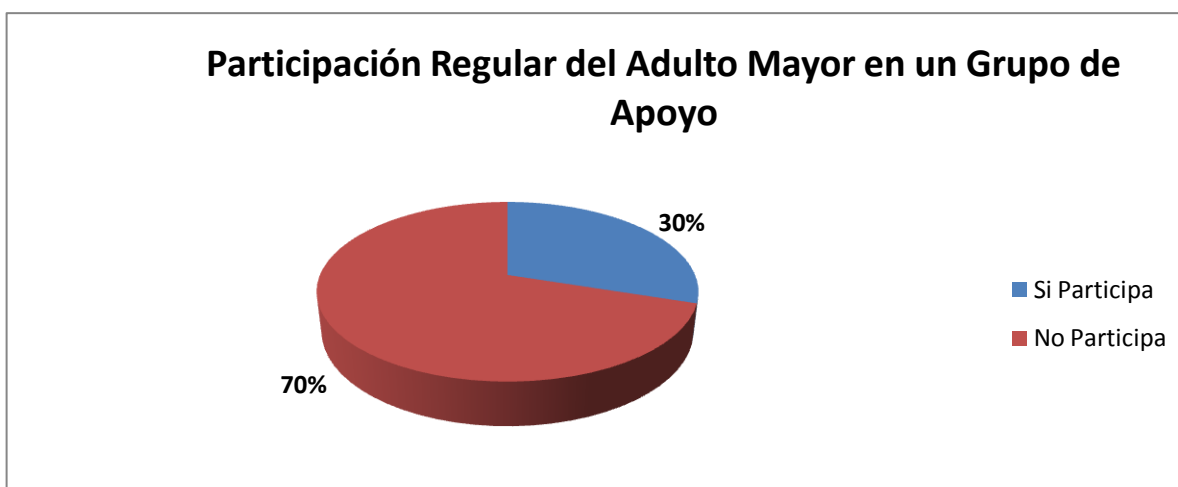
En lo referente a la **fuerza de donde proviene este apoyo social** un 71,4% percibió apoyo de sus familiares, un 8,6% indicó a nadie, un 8,6% de los vecinos, un 7,1 % de los amigos y un 4,3% refirió apoyo de otras personas.

Gráfico N° 7: Tipo de fuentes desde donde proviene el Apoyo Social



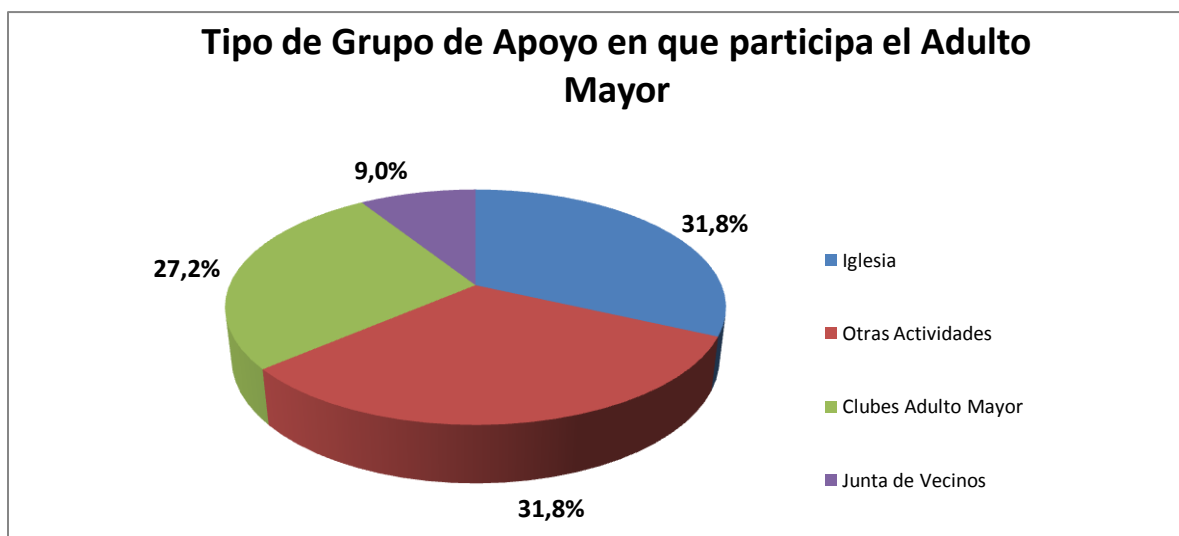
En cuanto a la participación regular del adulto mayor en un **grupo de apoyo**, un 70% refirió no participar de algún grupo, mientras que el 30% si participa regularmente de un grupo de apoyo.

Gráfico N° 8: Participación Regular del Adulto Mayor en un Grupo de Apoyo



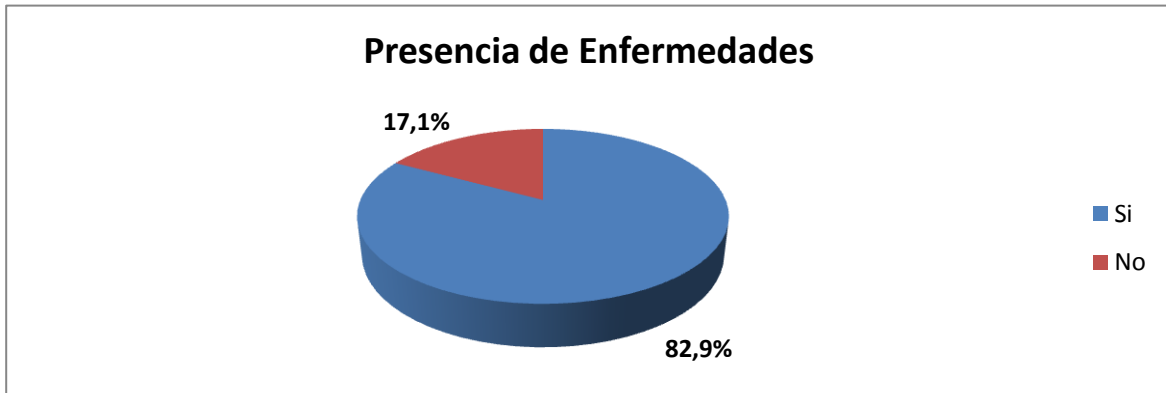
Respecto al **tipo de grupo de apoyo** del 30% de los adultos mayores que refirió participar en algún grupo de apoyo, un 31,8% participa en la Iglesia y el otro 31,8% en otras actividades, donde se incluyen coro, gimnasia, centros de discapacidad y actividades recreativas. Un 27,2 % participa en clubes de adulto mayor y un 9% participa en juntas de vecinos.

Gráfico N°9: Tipo de Grupo de Apoyo en que participa el Adulto Mayor



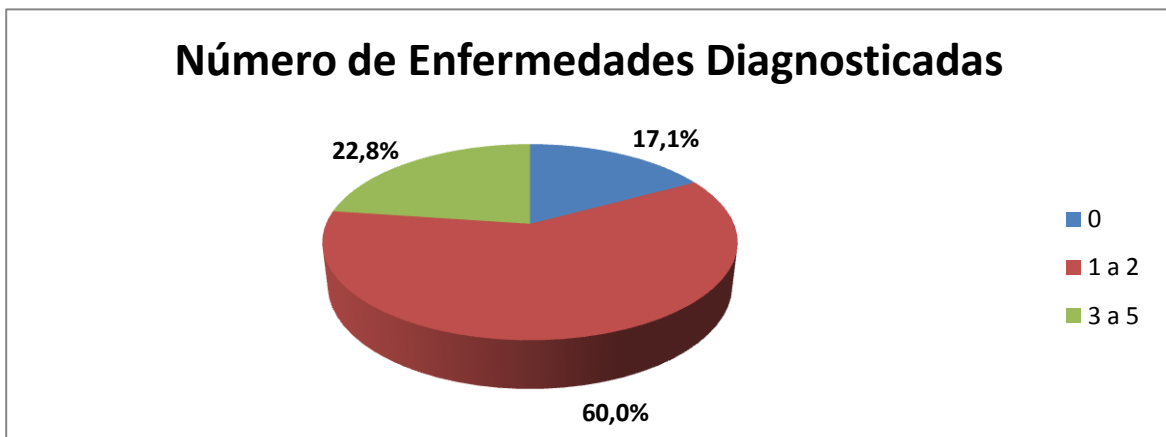
En relación a la **presencia de enfermedades** se encontró que un 82,9% ha sido diagnosticado de alguna enfermedad y un 17,1% no presentó enfermedad diagnosticada formalmente.

Gráfico N° 10: Enfermedades Diagnosticadas



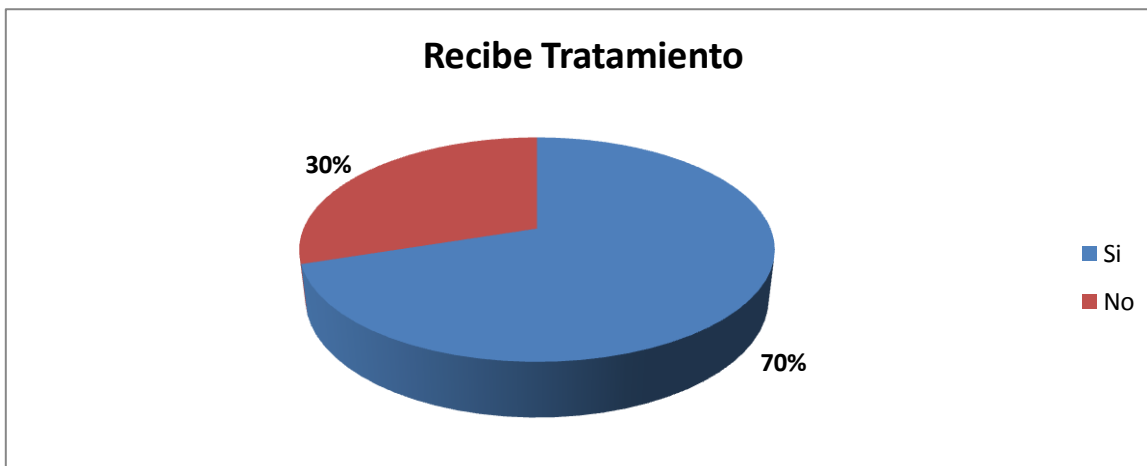
De este grupo de personas que presentan una enfermedad, el 60% había sido diagnosticado con 1 o 2 enfermedades, mientras que un 22,8% tendría entre 3 y 5 enfermedades.

Gráfico N° 11: Número de Enfermedades Diagnosticadas



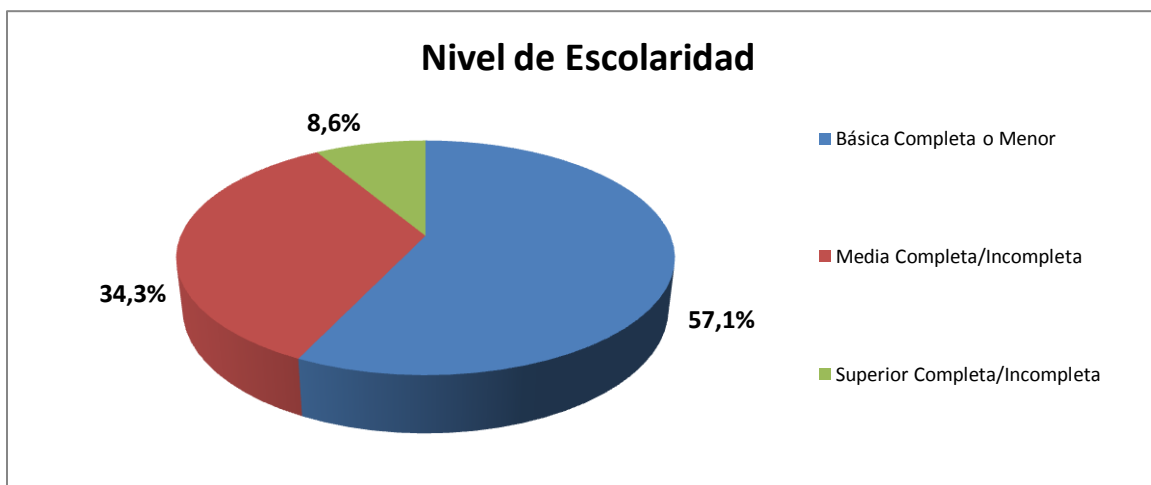
En relación a esto, un 70% recibía **tratamiento** según la enfermedad diagnosticada, mientras que el 30% restante no recibía tratamiento.

Gráfico N° 12: Recibe Tratamiento



Los resultados obtenidos en la **escolaridad** de los adultos mayores, indican que un 57,1% cursó la enseñanza básica completa o menor, un 34,3% la enseñanza media ya sea de forma completa o incompleta y un 8,6% cursó la enseñanza superior, ya sea de forma completa o incompleta.

Gráfico N° 13: Nivel de Escolaridad



5.2 Distribución Variables Clínicas y Psicosociales

En cuanto a los puntajes obtenidos por el grupo estudiado en cada variable psicosocial, se observó compromiso de la salud mental en las escalas de sintomatología psicofisiológica y riesgo de trastorno psicosomático reflejados en los puntajes obtenidos en ambos casos, (M=10,53 y M=224,50 respectivamente). Lo anterior, pese que a su vez se observan puntajes relativamente elevados en las escalas de Bienestar (M=33,21), Apoyo Social Informal percibido (M=30,79), Apoyo Social formal (M=31,74) referente a Integración/Participación Comunitaria (M=34,24) y Apoyo Social asociado a los recursos formales de la comunidad (M=14,39), (Ver Tabla N° 1).

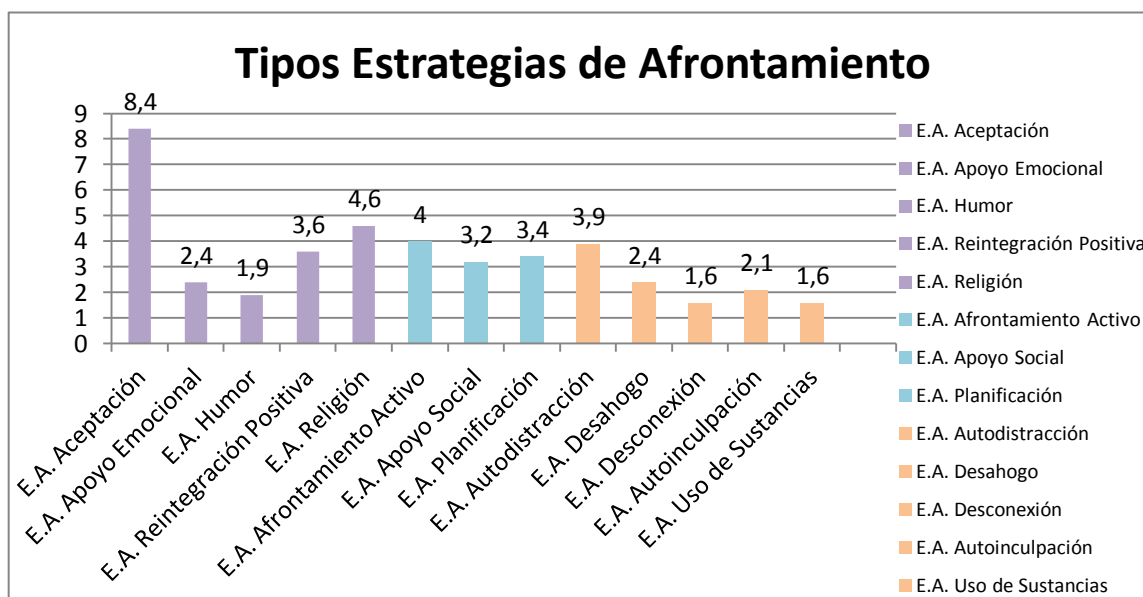
Tabla N° 1
Distribución Variables Clínicas y Psicosociales.

Variable	M	d. e	Rango
Bienestar psicológico	33,21	3,94	13 – 39
Sintomatología Psicofisiológica	10,53	3,01	0 – 18
Riesgo Trastorno Psicosomático	224,50	122,44	0 – 1468
Apoyo Social Informal Percibido	30,79	9,71	12 – 48
Integración/Participación Comunitaria Escala 1	34,24	9,78	11 – 39
Apoyo Social Informal Escala 2 (Recursos Informales)	31,74	7,98	10 – 44
Apoyo Social Formal Escala 3 (Recursos Formales)	14,39	3,95	4 – 16

M= media, d.e = desviación estándar

Por otro lado, en relación a las estrategias de afrontamiento, se apreció que las más utilizadas son aceptación (M=8,4), religión (M= 4,6) y autodistracción (M=3,9), mientras que las menos utilizadas fueron desconexión (M=1,6), uso de sustancias (M=1,6) y humor (M=1,9).

Grafico N° 14: Medias Estrategias de Afrontamiento



5.3 Factores relacionados con la salud mental del adulto mayor en situación de pobreza.

5.3.1 Factores Sociodemográficos

En consideración a las variables sociodemográficas y sus relaciones con el índice de sintomatología psicofisiológica y bienestar psicológico, se observó la ausencia de correlación significativa entre estos últimos y la mayoría de los factores sociodemográficos (Ver Tablas N° 2 y 3), como por ejemplo, número de enfermedades, número de personas que conviven con los adultos mayores y número de personas de las cuales recibe apoyo. La excepción fue la variable estado civil que mostró una correlación significativa con sintomatología psicofisiológica ($p= ,017$), (Ver Tabla N°2). Tras hacer un análisis de comparación de grupos, se observó que los adultos mayores solteros obtienen puntajes

significativamente menores a los separados o divorciados ($p = ,033$), lo cual no ocurre en otros estados civiles.

Tabla N° 2
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PUNTAJES ESCALA SINTOMATOLOGÍA PSICOFISIOLÓGICA (GHQ-12).

	Sintomatología Psicofisiológica	
	Descriptivo	Estadístico
Edad	$r = -,070$,562
Sexo	$t = -,377$,707
Ocupación	$t = -,1791$,078
Estado Civil	$F = 3,238$,017
Cantidad de personas que conviven	$r = ,001$,992
Cantidad de personas de quienes reciben apoyo social	$r = -,135$,265
Fuentes de Apoyo Social	$F = ,787$,459
Participación regular en un grupo	$t = -,855$,396
Tipo de Grupo de Apoyo	$F = 1,24$,301
Presencia de Enfermedades	$t = -1,523$,132
Número de Enfermedades	$r = ,215$,073
Presencia de Tratamiento	$t = -,960$	0,341
Nivel de Escolaridad	$F = 1,174$,332

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ $r =$ Pearson $F =$ Anova de un Factor $t =$ Prueba T de Muestras Independientes.

Tabla N° 3**Variables Sociodemográficas y Puntajes Escala Bienestar (BIEPS -A)**

	Bienestar Psicológico	
	Descriptivo	Estadístico
Edad	r= -,189	,117
Sexo	t= -,604	,548
Ocupación	t= ,610	,544
Estado Civil	F= 1,001	,398
Cantidad de personas que conviven	r = -,059	,627
Cantidad de personas de quienes reciben apoyo social	r = -,079	,518
Fuentes de Apoyo Social	F= ,189	,828
Participación Regular en un Grupo	t = -, 686	,495
Tipo de Grupo de Apoyo	F= 1,16	,329
Presencia de Enfermedades	t = ,837	,405
Número de Enfermedades	r = -,124	,306
Presencia de Tratamiento	t = -,494	,623
Nivel de Escolaridad	F= ,076	,927

* p < 0,05; **p < 0,01 r= Pearson F= Anova de un Factor t= Prueba T de Muestras Independientes.

5.3.2 Factores Clínicos y Psicosociales

5.3.2.1 Relación con Sintomatología Psicofisiológica

a. Apoyo Social

No es posible establecer correlaciones significativas entre las distintas escalas que miden apoyo social socio-comunitario y sintomatología psicofisiológica, sin embargo, se pudo observar que a mayor apoyo social informal percibido menor sintomatología psicofisiológica lo que se observó en la correlación negativa significativa entre estas variables ($r = -,369$ p, 002), (Ver Tabla N° 4).

b. Estrategias de Afrontamiento

- Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción:

Se estableció una correlación negativa significativa entre las estrategias centradas en la emoción en general y sintomatología psicofisiológica, es decir se observó que a mayor uso de este tipo de estrategias de afrontamiento menor nivel de sintomatología psicofisiológica. ($r = -,273$ p, 022). A su vez, se observó que a mayor uso de las estrategias de apoyo emocional y humor, menores niveles de esta sintomatología. ($r = -,254$ p, 034 y $r = -,297$ p, 012 respectivamente), (Ver Tabla N° 4).

-Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema:

Se observó una correlación negativa y significativa entre la estrategia apoyo social y sintomatología psicofisiológica ($r = -,246$ p, 040) lo que significa que a mayor uso de la mencionada estrategia, menor índice de esta sintomatología, sin embargo, esto no se repite en el resto de estrategias de esta misma categoría, donde las correlaciones no alcanzaron a ser significativas. Pese a esto, descriptivamente se apreció que el conjunto de estas

estrategias centradas en el problema se relacionó de manera inversamente proporcional con el índice de la sintomatología estudiada ($r = -.111$ p, 036), (Ver Tabla N° 4).

-Estrategias de Afrontamiento Disfuncionales:

Se evidenció una correlación positiva y significativa entre las estrategias de afrontamiento disfuncionales y sintomatología psicofisiológica ($r = .259$ p, 031). Situación que se repite en los tipos desconexión ($r = .247$ p, 039), uso de sustancias ($r = .255$ p, 033) y sintomatología psicofisiológica, (Ver Tabla N° 4). En otras palabras, se observó que a mayor uso de estos tipos de estrategias de afrontamiento mayor sintomatología psicofisiológica reportada.

Tabla N° 4

Correlaciones entre Variables Clínicas y Psicosociales y Sintomatología Psicofisiológica

		Sintomatología Psicofisiológica		
		Estadístico	Significancia	
Apoyo Social	Integración/Participación Comunitaria	r = -,170	,159	
	Apoyo Social Formal	r = ,026	,828	
	Apoyo Social Informal	r = -,040	,742	
Apoyo Social Informal Percibido (Z)		r = -,369**	,002	
Estrategias Afrontamiento	Centrada Emoción	Reinterpretación Positiva	r = -,087	,473
		Aceptación	r = -,181	,133
		Apoyo Emocional	r = -,254*	,034
		Humor	r = -,297*	,012
		Religión	r = ,078	,518
		Total	r = -,273*	,022
	Centrada Problema	Apoyo Social	r = -,246*	,040
		Afrontamiento Activo	r = -,084	,490
		Planificación	r = ,038	,757
		Total	r = -,111	,036
	Disfuncional	Desconexión	r = ,247*	,039
		Uso Sustancias	r = ,255*	,033
		Autodistracción	r = -,012	,924
		Desahogo	r = ,148	,222
		Autoinculpación	r = ,100	,409
Total		r = ,259*	,031	
Sucesos Vitales	Cantidad Sucesos Vitales	r = ,210	,081	
	Puntaje Total	r = ,205	,088	

*= p< 0,05; **=p< 0,01 r= Pearson

5.3.2.2 Relación con Bienestar Psicológico

a. Apoyo Social

Se observó que a mayor Integración/Participación Comunitaria mayor era el bienestar psicológico, reflejada en una correlación significativa positiva ($r = ,300$ $p ,011$), situación que se repite al considerar el factor recursos formales ($r = ,385$; $p ,001$) e informales ($r = ,287$ $p ,016$), (Ver Tabla N°5).

En cuanto a apoyo social percibido informal, si bien los resultados no fueron significativos ($r = ,199$; $p ,099$), se consideró el posible solapamiento entre ésta variable y el factor vínculos del cuestionario BIEPS-A calculando la correlación entre ellos ($r = ,103$; $p ,394$) la cual tampoco resultó ser significativa.

b. Estrategias de Afrontamiento

- Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción:

En este caso, existe una correlación significativa positiva entre la estrategia reinterpretación positiva y bienestar psicológico ($r = ,451$ $p ,000$), es decir, a mayor uso de esta estrategia mayor bienestar psicológico, (Ver Tabla N°5).

- Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema:

Se observó que a mayor uso de la estrategias de afrontamiento apoyo social ($r = ,416$ $p ,000$), afrontamiento activo ($r = ,528$ $p ,000$) y planificación ($r = ,339$ $p ,004$) mayor bienestar psicológico, ya que estas correlacionan significativa y positivamente con este bienestar. Situación que se repite al considerar el conjunto de estrategias centradas en el problema ($r = ,519$ $p ,000$), (Ver Tabla N°5).

-Estrategias de Afrontamiento Disfuncionales:

Las estrategias de afrontamiento desconexión ($r = -,300$ p, 012) y uso de sustancias correlacionan de manera significativa y negativa con bienestar psicológico ($r = -,307$ p, 010) existe una, vale decir que a mayor uso de estas estrategias menor es el nivel de bienestar psicológico reportado, (Ver Tabla N°5).

c. Sucesos Vitales Estresantes

Por último, al considerar la variable sucesos vitales estresantes expresada en el índice de riesgo de trastorno psicosomático, se evidencia que no existe relación significativa entre estos y los puntajes obtenidos para bienestar psicológico ($r = -,126$ p, 299). A pesar de ello las cifras indicarían una relación negativa entre ambas, (Ver Tabla N°5).

Tabla N° 5

Correlaciones entre Variables Psicosociales y Bienestar Psicológico.

		Bienestar Psicológico		
		Estadístico	Significancia	
Apoyo Social Comunitario	Integración/ Participación Comunitaria	r = ,300*	,011	
	Apoyo Social Formal	r = ,385**	,001	
	Apoyo Social Informal	r = ,287*	,016	
Apoyo Social Informal Percibido		r = ,199	,099	
Estrategias Afrontamiento	Centrada Emoción	Reinterpretación Positiva	r = ,451**	,000
		Aceptación	r = -,082	,498
		Apoyo Emocional	r = ,219	,068
		Humor	r = ,230	,056
		Religión	r = ,123	,309
		Total	r = ,386**	,001
	Centrada Problema	Apoyo Social	r = ,416**	,000
		Afrontamiento Activo	r = ,528**	,000
		Planificación	r = ,339**	,004
		Total	r = ,519**	,000
	Disfuncional	Desconexión	r = -,300*	,012
		Uso Sustancias	r = -,307**	,010
		Auto distracción	r = ,225	,061
		Desahogo	r = -,100	,411
		Autoinculpación	r = -,046	,705
Total		r = -,168	,165	
Sucesos Vitales	Cantidad Sucesos Vitales	r = -,126	,298	
	Puntaje Total	r = -,126	,299	

*= p< 0,05; **=p< 0,01 r= Pearson

6. DISCUSIÓN

El objetivo central de la presente investigación fue determinar si existió una correlación significativa entre los factores psicosociales (apoyo social, estrategias de afrontamiento y riesgo de trastornos psicosomáticos) y la salud mental del adulto mayor en situación de pobreza, considerando a esta última desde el punto de vista del bienestar psicológico y la presencia/ausencia de sintomatología psicofisiológica. Este objetivo fue logrado ya que se realizaron los análisis estadísticos necesarios para su consecución.

6.1 Caracterización Sociodemográfica y Clínica

En cuanto a las características sociodemográficas de la población encuestada, se observó que la edad promedio de los adultos mayores es de 72.4 años, siendo mayoritariamente solteros o separados que desempeñan labores al interior del hogar y que han completado la enseñanza básica. Conviven con 4 a 6 personas y en mayor proporción de sexo femenino lo cual es esperable en consideración a la información referente a la proporción de mujeres y hombres en la población adulta (INE, 2010).

Respecto a la cantidad de personas de las cuales el adulto mayor dice recibir apoyo, un 8,6% indicó a nadie como fuente de apoyo, mientras que un 48,6% podría recibir apoyo de entre 1 y 2 personas, lo cual refleja la escasez de fuentes de apoyo en gran parte de los adultos mayores estudiados que se condice con la literatura revisada.

Por otro lado, en cuanto a las variables clínicas, se observó que la estrategia de afrontamiento de tipo emocional más utilizada es la aceptación, vale decir, aceptar de forma realista los hechos que ocurren (Cooper, 2008), lo que, en esta muestra tendría similitud

con el concepto de resignación y conformismo, en oposición a asumir estrategias de afrontamiento de tipo activo, lo cual se vio reflejado además en el discurso de los encuestados.

Por otro lado, en consideración al efecto negativo que el contexto de pobreza supone en el bienestar psicológico, (Vetter, et al 2006) se esperaba que existiera un nivel de bienestar inferior al encontrado en la muestra estudiada. De acuerdo a los resultados del presente estudio, se podría interpretar un nivel adecuado de bienestar en los adultos mayores, sin embargo antes de realizar esta afirmación sería necesario comparar los datos con población en un contexto socioeconómico diferente.

En lo que respecta a la sintomatología psicofisiológica, la media del grupo estudiado indicaría la presencia de sintomatología moderada, mostrando un compromiso sobre la salud mental, lo cual se condice con la caracterización de esta etapa, según la cual es frecuente la aparición de enfermedades crónicas y mentales, (OMS, 2002), además de la asociación entre trastornos de ansiedad y altas tasas de mortalidad, (Gabay y Fernández, 2005.).

Los resultados arrojados en relación al elevado índice de riesgo de trastornos psicosomáticos (sucesos vitales estresantes) que existe en el grupo estudiado, es respaldado por la bibliografía existente sobre las amenazas de carácter físico, psicológico o social frecuentes de la edad, en donde dentro de ésta última se encuentra la jubilación, disminución de la actividad, reducción de autonomía, pérdida de personas significativas y la conciencia acerca de la proximidad de la muerte (Herrero, et al, 2003).

En lo que refiere al apoyo social, los datos indican niveles relativamente altos de percepción de apoyo social-comunitario, lo que se condice con lo planteado por Palomar (2007), donde el nivel socioeconómico tendría efectos sobre el apoyo social buscado y recibido por la persona. Sus hallazgos indican que la pobreza suele afectar a diversos miembros de la misma familia, de tal forma que la escasez de recursos impediría que la ayuda entre estos se lleve a cabo, generando la búsqueda de otras redes sociales, como los vecinos, convirtiéndose en una fuente de apoyo sumamente importante para los que menos tienen (Ahluwalia, et al., 1998; Latkin & Curry, 2003; Orthner, et al., 2004 citados en Palomar 2007). En este sentido los resultados encontrados se condicen con lo observado en este estudio.

6.2 Factores Sociodemográficos y Salud Mental

Como se expuso anteriormente se observó una ausencia de correlación significativa entre las *variables sociodemográficas* analizadas y la *sintomatología psicofisiológica*, exceptuando estado civil (solteros vs. divorciados). Esto podría explicarse debido a la carga emocional negativa que supone el haberse divorciado o separado de una pareja.

Por otra parte, llama la atención el hecho de que no existan diferencias significativas entre las personas que participan de un grupo de apoyo social de las que no, lo cual no se condice con lo planteado en la literatura de que el apoyo social repercutiría de manera positiva en la salud mental. Ante esto es posible suponer que los grupos de apoyo social a los que asisten los adultos mayores no cumplen la función de disminuir la sintomatología psicofisiológica, y por ende se hace necesaria la provisión de servicios que apunten específicamente a mejorar la salud mental de este grupo.

6.3 Factores Clínicos, Psicosociales y Salud Mental

6.3.1 Apoyo Social y Salud Mental

Con respecto a las variables *apoyo social* y *sintomatología psicofisiológica*, Castro, Ramírez, Aguilar y Díaz, (2006) obtuvieron como resultados de su estudio que la prevalencia de depresión en adulto mayor fue de un 41,7 % y observaron un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajos niveles de apoyo social e inasistencia a asociaciones de convivencia; demostrando con ello la importancia de los vínculos afectivos y el impacto que causa en los adultos mayores una deficiente red de apoyo social. Los resultados de estas investigaciones concuerdan con lo planteado en la hipótesis de la presente investigación, en cuanto que a mayor apoyo social informal percibido menor sintomatología psicofisiológica.

Este resultado y el encontrado en relación a bienestar (Ver tabla N°5), reafirma la estrecha relación entre apoyo social y salud mental del adulto mayor, en el contexto de las comunas estudiadas.

Por último, Thanakwang, (2009), reveló que tanto las redes de amistad, el apoyo emocional e instrumental y los compromisos sociales se asocian de manera positiva con un buen estado de salud percibido entendiendo esta desde la perspectiva biopsicosocial. Lo anterior se vio reflejado en los resultados de este estudio, dejando entrever la importancia y el impacto que posee el contar con personas y recursos sociales capaces de proveer apoyo en el beneficio del adulto mayor

En cuanto a las variables *apoyo social* y *bienestar psicológico*, según señalan Pillemer, Moen, Wethington y Glasgow (2000, citados en Centro Latinoamericano de Demografía [CELADE], 2003) el apoyo social promueve el bienestar entre las personas mayores y sus familias, afectando de manera positiva la calidad de vida en la muestra estudiada. De esta forma, se puede observar como los resultados obtenidos corroboraron esta concepción y la primera hipótesis, donde a mayor integración/participación comunitaria y recursos formales e informales, mayor es el bienestar psicológico del adulto mayor en situación de pobreza.

Es interesante destacar que apoyo social sociocomunitario se relaciona de manera significativa solo con bienestar psicológico, mientras que apoyo social informal percibido se relaciona solo con sintomatología psicofisiológica. Estos resultados permiten enfatizar la importancia de que en el ámbito de la salud mental del adulto mayor se deben tener en cuenta intervenciones dirigidas tanto de los sistemas formales como informales de apoyo.

6.3.2 Estrategias de Afrontamiento y Salud Mental

En cuanto a las *estrategias de afrontamiento centradas en la emoción*, se refuta la hipótesis 8 que señala que a mayor uso de este tipo de estrategias, mayor sintomatología psicofisiológica, puesto que los datos indican que a mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción menor es la sintomatología psicofisiológica. Tal situación puede explicarse por lo planteado por Lazarus & Lazarus (2006), el cual refiere que no es posible suponer que existen estrategias de afrontamientos mejores o peores que las otras sino que más bien poseen un valor relativo a la circunstancia. En base a lo anterior, es posible suponer, según lo planteado por (Girdano y Everly citados en Tonarelli 2009),

que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción pueden conllevar beneficios siempre que éstos no sean los únicos tipos de estrategias utilizadas y sean usadas en conjunto con las estrategias centradas en el problema. Con respecto a las variables *estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico* los resultados señalan que con aquellas centradas en la emoción existe una relación positiva y significativa, refutando de esta manera la hipótesis 7, la cual refiere que a mayor uso de este tipo de estrategias menor es el bienestar psicológico. Este tipo de estrategias pueden ser consideradas beneficiosas en términos de bienestar psicológico, ya que se ha establecido que las estrategias orientadas a la emoción estarían relacionadas con moderar el impacto del estrés en el adulto mayor en distintos grados (Kraaij, 2002).

En relación a las *estrategias centradas en el problema y sintomatología psicofisiológica*, se observa que los resultados no son suficientes para confirmar la hipótesis 4, la cual señalaba que a mayor uso de estas estrategias, menor sintomatología psicofisiológica. No obstante, la subcategoría correspondiente a búsqueda de apoyo social y sintomatología psicofisiológica se relaciona de manera negativa y significativa, reafirmando lo planteado en el apartado anterior sobre que a menor apoyo social informal percibido, mayor es la sintomatología psicofisiológica (Hipótesis 2). En cuanto a las *estrategias centradas en el problema y bienestar psicológico*, se corrobora la hipótesis 3, la cual plantea que a mayor uso de estas, mayor es el bienestar psicológico. Esto se condice con los estudios respecto a estrategias de afrontamiento y salud mental de Kraaij (2002), en donde se sugiere que independiente de la cantidad de estrés experimentado por los adultos mayores, el uso de estrategias orientadas a las tareas, es decir, al problema, genera resultados satisfactorios siendo una forma eficaz de lidiar con el estrés.

En relación a las *estrategias de afrontamiento disfuncionales*, los tipos *desconexión conductual* (esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr metas) junto al *uso de sustancias*, no se asociaron a un beneficio en torno a la salud mental del adulto mayor. Según los resultados obtenidos en este estudio, si bien las dos estrategias mencionadas fueron las menos usadas, ambas se relacionan por una parte con altos niveles de sintomatología psicofisiológica y por otra con un menor bienestar psicológico. Lo anterior recalca la importancia de generar intervenciones bajo un enfoque preventivo para evitar el uso de este tipo de estrategias en la población de adultos mayores.

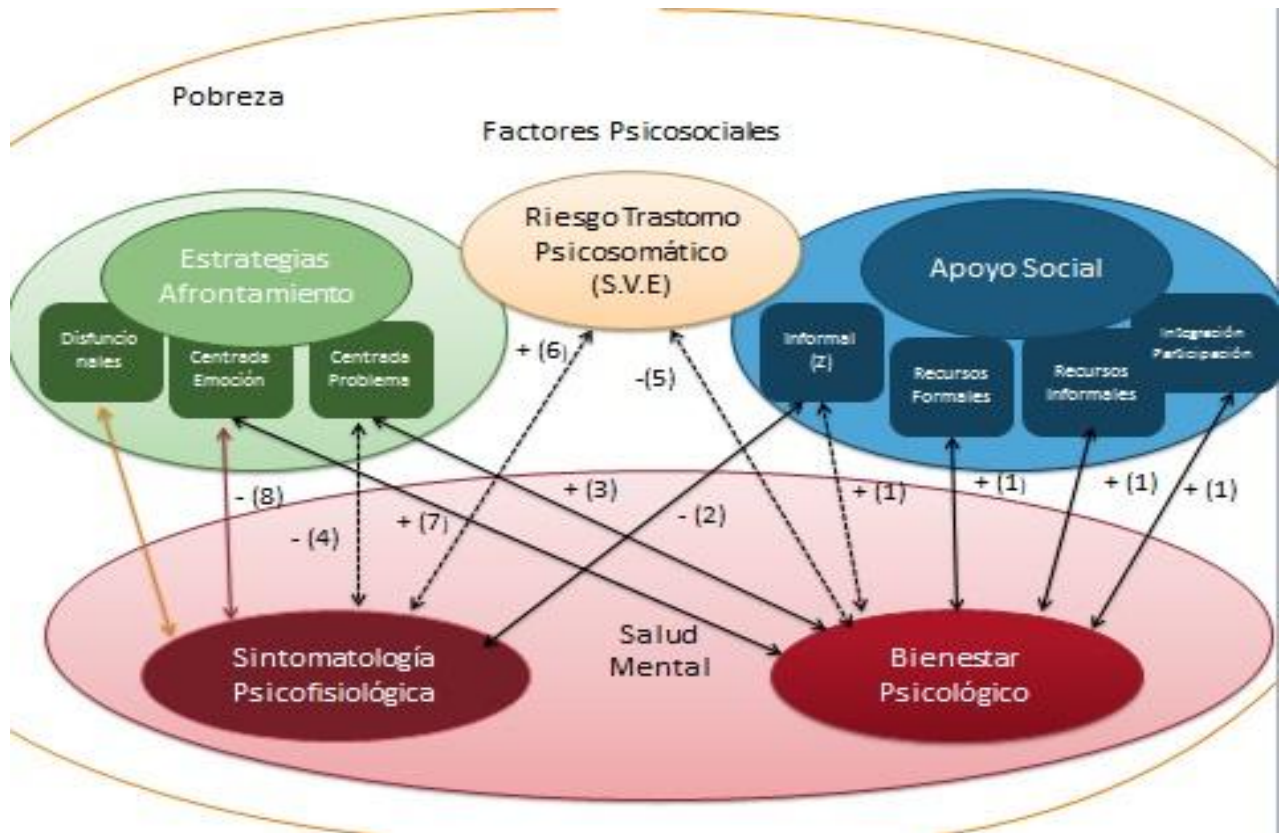
De esta manera, tanto las estrategias centradas en la emoción, como aquellas centradas en el problema, conllevan beneficios para la salud mental del adulto mayor. Respecto a esto, las intervenciones realizadas, además de las enfocadas en la promoción y prevención, debiesen considerar el potencial del entrenamiento en el uso de este tipo de estrategias, donde los tipos reinterpretación positiva, afrontamiento activo y planificación se asocian a mayor bienestar psicológico, apoyo emocional y humor se asocian a menor sintomatología psicofisiológica, y finalmente el tipo apoyo social se asocia con ambas variables componen salud mental.

6.3.3 Riesgo de Trastornos Psicosomáticos (Sucesos Vitales Estresantes) y Salud Mental

En relación a la hipótesis 6 la cual refiere que a mayor riesgo de trastornos psicosomáticos, mayor sintomatología psicofisiológica, y la hipótesis 5 la cual señala que a menor riesgo de trastornos psicosomáticos existe un mayor bienestar psicológico se puede decir que ambas fueron refutadas según los resultados obtenidos.

En base a esto, Hardy (et al, 2002) plantea que los sucesos vitales estresantes pueden conllevar a situaciones tanto positivas como negativas, lo que puede relacionarse con la ausencia de una relación significativa entre estas variables. Por otro lado, y tal como lo plantea Barrón (et al, 1992), la presencia de factores psicosociales pueden generar efectos protectores frente el estrés percibido del entorno aminorando los efectos de las posibles consecuencias a nivel de salud mental.

A favor de una mayor comprensión en torno a los alcances de esta investigación se grafican las hipótesis corroboradas en el siguiente modelo explicativo.



↔ Hip. Correlación Significativa ⋯↔ Hip. Correlación No Significativa

↔ Relación Inversa a la esperada ↔ Correlación no esperada

+ Correlación Positiva

- Correlación Negativa

() N° Hipótesis

7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

1. La concepción biopsicosocial del ser humano utilizada en este estudio, integra aspectos socio-comunitarios, contextuales, fisiológicos y de salud mental, permitiendo obtener una mirada más integral sobre la muestra con la cual trabajamos para la presente investigación.
2. Hasta donde se investigó, este es el primer estudio que aborda la temática mencionada en el punto anterior en un grupo de adultos mayores en contexto de vulnerabilidad en Chile.
3. Respecto a las limitaciones del estudio se debe señalar que parte de los instrumentos utilizados en el presente estudio no cuentan con una validación en Chile con investigaciones que avalen una posible estandarización. A saber, dichos instrumentos fueron; Brief Cope (Estrategias de Afrontamiento), GHQ-12 (Detección problemas psicofisiológicos) y Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (cantidad e intensidad sucesos vitales estresantes). Se manejaron normativas generadas en países con los cuales se comparten cánones socio-culturales similares, como es el caso de España para el Cuestionario de Apoyo Social-Comunitario (Gracia et al, 2002), Argentina para el BIEPS-A (Casullo et al, 2002). Por último se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social (Apoyo social percibido) considerando el estudio de validación en la población adulto mayor de la Región Metropolitana de Chile llevado a cabo por Arechabala (et al.2002).
4. En relación a la aplicación de la batería de instrumentos, donde los cuestionarios se encuentran realizados inicialmente como autoreporte dado las características específicas de la población adulto mayor, en torno a dificultades visuales, auditivas y

nivel de escolaridad, fue necesario que dichos instrumentos fuesen administrados por los mismos investigadores, lo cual no resultó ser suficientemente práctico en términos de tiempo, puesto que implicaban un período más extenso de aplicación.

5. Por último, la ausencia de Grupo Comparativo en la investigación no permitió establecer comparaciones entre variables sociodemográficas y clínicas entre adultos que no vivían en situación de pobreza de los que sí, lo cual sería interesante incluir en futuras investigaciones.

8. CONCLUSIONES

En la presente investigación, se logró describir los factores psicosociales que se encuentran relacionados con la salud mental en el grupo de adultos mayores de las comunas de Quilpué, Limache y Villa Alemana en situación de pobreza, seleccionados según los criterios adoptados por el Programa Vínculos de SENAMA.

En relación a apoyo social y las variables componentes de salud mental, se encontraron resultados que corroboran la importancia de que el adulto mayor sea integrado a su entorno más próximo, evidenciando la relevancia que adquiere la relación con familiares, amigos y organizaciones sociales. De acuerdo a este resultado, la cercanía, el contacto y el recibir apoyo repercutiría de manera positiva en el bienestar psicológico del adulto mayor. A su vez, la percepción de apoyo incidiría positivamente en una menor sintomatología psicofisiológica, influyendo así en la disminución de trastornos altamente prevalentes en este grupo etario como son la depresión y ansiedad. Los resultados encontrados en este estudio, entregan además información respecto a la presencia potencial de personas de las que los adultos mayores podrían recibir apoyo social y el apoyo real recibido. En este sentido se pudo observar que la existencia de apoyo social real por parte de la familia es baja (no así la percepción de disponibilidad de fuentes de apoyo), lo que podría ser explicado por la creencia firmemente arraigada acerca de que las situaciones problemáticas personales no debiesen ser compartidas, generando aislamiento respecto a la ayuda del entorno, además de la escasa confianza respecto a la ayuda que pueden recibir de los sistemas formales. A partir de esto, se hace evidente la necesidad de crear, activar e implementar y mejorar las distintas iniciativas, programas y herramientas que permitan

instalar a nivel macro la relevancia de reconceptualizar esta etapa del ciclo vital y específicamente el rol del adulto mayor al interior de la sociedad.

Por esto resulta necesario destacar la importancia de promover el uso de estrategias centradas en la emoción como apoyo emocional y humor, el uso de aquellas centradas en el problema como reinterpretación positiva, afrontamiento activo y planificación, así como también el detectar y disminuir el uso de estrategias disfuncionales como desconexión conductual y uso de sustancias, para potencialmente disminuir la sintomatología psicofisiológica y aumentar el bienestar psicológico.

Según los resultados encontrados, es posible confirmar lo positivo de la utilización de un enfoque integral que permita unir los distintos elementos (social, biológico y psicológico) que componen la realidad de los adultos mayores en situación de pobreza.

Por último sería necesario continuar con las investigaciones en el área gerontológica, y específicamente en el apoyo social y estrategias de afrontamiento utilizadas en la tercera edad, que profundicen los resultados y hallazgos encontrados en esta investigación y permitan incrementar el conocimiento al respecto.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C. y Quiroz, R. (2007). *Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores*. Revista Psicología y Salud, vol. 17, Redalyc. Universidad Veracruzana, Xalapa México.
- Amone-P'Olak K; Ormel J; Huisman M; Verhulst FC; Oldehinkel AJ; Burger H. (2009). *Life stressors as mediators of the relation between socioeconomic position and mental health problems in early adolescence: the TRAILS study*. Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry. United Estates.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, J. (2007). *Afectos y depresión en la tercera edad*. Revista Psicothema. Vol. 19, nº 1, pp. 49-5.
- Arias C. y Soliveréz C. (2009). *Análisis dimensional y global del bienestar psicológico en adultos mayores de la ciudad de mar del plata según el tipo de hogar*. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2009. www.psiquiatria.com.
- Arrechabala, M., Miranda C. (2002). *Validación de una Escala de Apoyo Social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana*. Revista de Ciencia y Enfermería, p. 49-55. Santiago, Chile.
- Ballesteros, B., Medina, A. & Caicedo, C. (2006). *El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia*. Universitas Psychologica, 5(2), 239-258.
- Barrón López de Roda, Ana (1989). *Clase social, sexo y acontecimientos vitales estresantes*. Revista de Trabajo Social, N°2. Editorial Universidad Complutense de Madrid, España.

- Barrón, Ana; Chacón, Fernando (1990). *Apoyo social percibido: Su efecto protector frente a los Acontecimientos Vitales Estresantes*. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Barrón, Ana (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Editorial Siglo Veintiuno de España Editores. Madrid, España.
- Barrón, A., Sánchez, E. (2001) *Estructura Social, Apoyo Social y Salud Mental Rev. Electrónica Psicothema*, 2001. Vol. 13 N°1, pp. 17-23.
- Boltvinik, J. (2007). *Elementos para la crítica de la economía política de la pobreza*. Revista de Antropología Social, N° 023, pp. 53-86.
- Bordignon, N. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Revista Lasallista de Investigación, Vol. 2 N° 002, pp. 50-63.
- Bruner, Carlos; Acuña, Laura; Gallardo, Luis M; Atri, Raquel; Hernández, Adriana, Rodríguez, Wanda, Robles, Gloria (1994). *Escala de Reajuste Social (SRRS) de Holmes y Rahe en México*. Revista Latinoamericana de Psicología vol. 26, núm. 02. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia. Redalyc.
- Caplan, Gerald (1993). *Aspectos preventivos en Salud Mental*. Editorial Paidós, Barcelona, España.
- Carver, C. (1997). *You Want to Measure Coping but your Protocol's too long: Consider the Brief COPE*. International Journal of Behavioral Medicine, vol.4 p. 92-100
- Castro M., Ramírez S., Aguilar L. y Díaz V. (2006). *Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor*. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Vol. 39 N° 4. Págs.132-137.

- Castro A. (2009). *El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 66 (23,3), 43-72.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- CEPAL (2002). *Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores en Latino América y el Caribe*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población. Santiago de Chile, diciembre 2002.
- Clemente, A., Florencia, M., & Stefani, D. (2008). *Apoyo Social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad*. Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines, 5, 47-53.
 - Cockerham. WC. (2001). *Manual de Sociología Médica*.
- Concha, A., Olivares, L. y Sepulveda, M. (2000) *Redes Sociales En La Tercera Edad*. Universidad del Desarrollo.
- Cooper C, Katona C, Martin O, Livingston G. (2008 a). *Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 23(9), 929-36. Extraído el 06 de mayo de 2010 desde la base de datos EBSCOHost MEDLINE.
- Deci, E., y Ryan, R. (2008). *Hedonia, Eudaimonia and Well – Being: An introduction*. Journal of Happiness Studies. Vol. 9 págs. 1-11.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. et al. (2006). *Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff*. Psicothema, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (2000). *Subjective well-being*. American Psychologist, 55(1), 34-43.

- De las Heras, P. y Cortajarena, E. (1979). *Introducción al Bienestar Social*. Federación Española de asociaciones de Asistentes Sociales. Madrid.
- Estefanía, M. y Tarazona, D. (2003). Psicología y Pobreza. *¿Hay algo psicológico en la pobreza o es la pobreza algo psicológico?* Explorando Psicología. N° 12. 21 -25
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Evans, G. W., & English, K. K. (2002). *The Environment of Poverty: Multiple Stressor Exposure, Psychophysiological Stress, and Socioemotional Adjustment*. *Child Development*, 73(4), 1238-1248. Retrieved from EBSCOhost.
- Fernández- Ballesteros, R., (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E; Martín, M; Jiménez, M (1997). *Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento*. Revista electrónica de motivación y emoción. Vol. 3, N° 4.
- Fernández, Itziar; Ubillos, Silvia; Zubieta, Elena (2000). *Manual de Psicología Social y Salud*. Universidad del País Vasco, España.
- Figueroa, M.I; Contini, N; Lacunza, N; Levín, M; Estévez, A (2005). *Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico*. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de Psicología*. Vol. 21, N° 1.
- Franco – Fernández M. D., Antequera – Jurado R., (2009). *Trastornos de ansiedad en el anciano*. *Psicogeriatría*, 1: 37-47.
- Ferez, J. y Mancero X. (2000). *Enfoques para la medición de la pobreza*. Breve revisión de la literatura.

- Figueroa M., Contini N., Lacunza A., Levín M., Estévez A. (2005). *Las Estrategias de Afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucuman (Argentina)*. Revista Anuales de Psicología. Vol. 21, N°1, pp. 66-72. Universidad de Murcia, España.
- Gabay, P.; Fernández, M. (2005) *Trastornos de Ansiedad en la Tercera Edad*. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Revista online <http://www.portalgeriatrico.com.ar/printnotas.asp?ide=1865>
- García, V. y González, I. (2000). *El bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales*. Revista Cubana de Medicina General Integral. 16(6): 586-592.
- García Herrera. Ángel. (2003) *El Apoyo Social: Revisión. Publicado en hojas informativas de los Psicólogos de las Palmas*, Ilustre Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. España.
- Girdano y Everly (1986). Citado en Tonarelli, M. (2009). *Hábitat, Ansiedad y Afrontamiento*. Tesina de Licenciatura. Universidad Aconcagua, p.86. Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/83/tesis-897-habitat.pdf
- Gracia. Enrique. (1997) *El apoyo social en la Intervención Comunitaria*. Editorial Paidós, Barcelona, España.
- Gracia, Enrique, Herrero, Juan; Musitu, Gonzalo. (2002) *Evaluación de Recursos y Estresores Psicosociales en la Comunidad*. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Greenglas, E, Fiksenbaum, L, & Eaton, J (2006). *Relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. Anxiety, Stress, and Coping*. York University. Vol. 19, N ° 1, pp. 15- 31.

- Gómez, Johana; Segura, Pilar (2002) *Estrés en pacientes gerontopsiquiátricos. Descripción de factores estresantes biopsicosociales*. Revista colombiana de de psiquiatría, vol. 31, núm 001. Asociación colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Colombia.
- González, M.; Ibañez, I. (2001). *Cuestionario de Salud General (GHQ-12): comparación de dos modelos factoriales*. Extraído desde portal www.psiquiatría.com.
- González, de Rivera y Revuelta, J.; Morena, Armando. (1983). *La Valoración de Sucesos Vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe*. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital General y Clínico de Tenerife, Universidad de La Laguna en Revista Psiquis España.
- Guzmán J. y Montes V. (2003). *Redes de Apoyo Social de Adultos Mayores: Marco Teórico Conceptual. Simposio, Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*. 51 Congreso Internacional de Americanistas.
- Guzmán, J. M., S. Huenchuan y V. Montes de Oca Zavala (2003), “*Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*”, revista Notas de Población N° 77 (LC/G.2213-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.171.
- Hankins, Matthew (2008). *The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions*. Publicado en BioMed central, UK.
- Hardy Susan E; Concato John; Gill Thomas, (2002) *Stressful Life Events Among Community-living Older Persons*. Journal of General Internal Medicine. University of Yale. United States.
- Henoch P., Troncoso R., Valdivieso E. (2010). *Evolución de la Pobreza y Focalización de los Subsidios*. Serie Informe Social, Libertad y Desarrollo 20 años.

- Herrera J., Barranco C., Melián C., Herrera R., Rodríguez M^a, Mesa M^a. (2003). *La autoestima como predictor de la calidad en los mayores*. Universidad de La Laguna. Portularia. Vol. 4, [171-178].
- Hoyl M^a T., (2000). *Demencia*. Geriatria y Gerontología. Universidad Católica de Chile, 29 (1-2).
- Instituto Nacional de Estadísticas (2007): *Adulto Mayor en Chile*. Extraído de www.ine.cl.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2010): *Población adulta mayor en el bicentenario*. Extraído de www.ine.cl.
- Kraaij, V; Garnefsky, N; Stan, M (2002). *The Joint effects of stress, coping and coping resources on depressive symptoms in the elderly*. Vol. 15, N° 2, pp. 163-177.
- Kishi R; Urata Y; Saijo Y; Horikawa N; Sato T; Yoshioka E. (2005) *Effects of stressful life events which cause depression in the elderly, and the role of the social support network--a longitudinal study in Hokkaido prefecture*. Seishin Shinkeigaku Zasshi Psychiatry Et Neurologia Japonica, Japón
- Lara R. y Mardones M. (2009). *Salud en las Personas Mayores y su Asociación con el Grado de Funcionalidad*. En Envejecimiento en América Latina y El Caribe.
- Larraín, F., (2008). Cuatro Millones de Pobres en Chile: Actualizando la Línea de la Pobreza. Estudios Públicos, 109. Extraído en www.cepchile.cl
- Lazarus, R & Lazarus, B (2006). *Coping with aging*. Oxford University Press.
- Ministerio de Planificación (2010): *Encuesta de Caracterización Socioeconómica*. Gobierno de Chile, (2009).

- Ministerio de Salud (2009): *Guía de Clínica Tratamiento de Personas con Depresión*. Gobierno de Chile, Octubre, 2009.
- Molina C. y Meléndez J. (2006). *Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana*. Geriátrika. Vol. 22(3) págs. 97-105.
- Morán, C.; Landero, R.; González, M. (2009) *COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief Cope*. Publicado en *Univ. Psychol.* [online]. 2009, vol.9, n.2, pp. 543-552. ISSN 1657-9267.
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., Montenegro, M., (2004) *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Editorial UCO. Barcelona, España.
- Navarro E., Meléndez J., Tomás J. (2008). *Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores*. Gerokomos. Vol. 19 (2). Págs. 63-67.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento Activo: un marco político*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37(S2), 74- 105.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Pág. 7
- Oramas A., Santana S., y Vergara A. (2006). *El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental*. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2006; 7(1-2):34-9.
- Ortiz J. y Castro M. (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia*. Contribución de enfermería. Ciencia y Enfermería XV (1): 25-31.
- Palomar J. y Cienfuegos Y. (2007) *Pobreza y Apoyo Social: Un Estudio Comparativo en Tres Niveles Socioeconómicos*. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, Vol. 41, Núm. 2 pp. 177-188.

- Peña, G; Cañoto R., Msc. Y., Santalla de Banderali, Z (2006). *Una Introducción a la Psicología*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas. p. 436.
- Reitzes, Donald; Crimmins, Timothy; Yarbrough, Johanna; Parker, Josie. (2010). *Social Support and Social Network Ties among the Homeless in a Downtown Atlanta Park*. Journal of Community Psychology. Georgia State University, United States.
- Rivera M., Campos M., Campos S., Lange I., Urrutia M., Castellano A. (2004). *Promover la salud mental con mujeres chilenas en desventaja social*. Texto Contexto Enferm. Out-Dez. Vol. 13 N°4. Págs. 599-607.
- Robles, L.; Rizo, M.; Camarena, L.; Cervantes, L.; Gómez, Ma.; Siordia, M. (2000) *Redes y Apoyo Social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara México*. Cuadernos de Salud Pública, Vol.16, n°2, pp. 557-560. Junio 2000.
- Rocha, K.; Pérez, K.; Rodríguez-Sanz M.; Borrell, C.; Obiols, J. (2011) *Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en la población general española*. International journal of Clinical and Health Psychology, vol. 11, núm. 1, p. 125-139. Asociación Española de Psicología Conductual, España.
- Rodríguez R., Díaz D., Moreno B., Blanco A., & van Dierendonck D. (2010). *Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo bienestar psicológico*. Psicothema. Vol. 22 (1), 63 -70.
- Romero, A., García-Mas, A. y Brustad, R. (2009). *Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de Bienestar Psicológico en Psicología del Deporte*. Revista latinoamericana de Psicología, 41 (2), 335-347.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. Annual Review of Psychology, 52, 141-66.

- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*. Ed. Paidós, Psicología Profunda. Bs. Aires, Argentina.
- Sandín, Bonifacio (2003). *El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Asociación española de Psicología Conductual, Granada España, 2003
- Santander, J. (2006). *Geriatría y Gerontología*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Schwarzer, Ralph. (2001). *the Role of Stressful Life Events*. Freire Universität, Berlín, Germany.
- Shek, D. L. (2004). *Beliefs about Causes of Poverty and Psychological Well-Being of Parents and Adolescents Experiencing Economic Disadvantage in Hong Kong*. American Journal of Family Therapy, 32(3), 239-254.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2007): *Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género*. Gobierno de Chile, 2008. Extraído de www.senama.cl
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2009): *Las Personas Mayores en Chile: Situación, Desafíos del Envejecimiento en la Vejez*. Gobierno de Chile. Santiago de Chile, julio 2009.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2010): *Las Personas Mayores y los Trastornos Demenciantes en Chile*. Gobierno de Chile. Extraído de www.senama.cl
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2011): *Chile y sus Mayores, Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez*. Gobierno de Chile. Santiago de Chile, Mayo, 2011.

- Stefani, D (2004). *Gender and coping style in old age*. Revista de Psicología y ciencias afines. pp. 109 – 125.
- Thanakwang, Kattika, 2009. *Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the National Elderly Survey*. Institute of population and Social Research. Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand.
- Vásquez, C, Crespo, M., Ring, J.M (s.f). *Estrategias de Afrontamiento*. Capítulo *Modelo psicológico del estrés*.
- Vega A., González E. (2009). *Apoyo Social: Elemento Clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica*. Enfermería Global N°16, pp. 0-0.
- Venegas, Oscar (2002). *Estrés y Respuesta Inmune*. Contenidos en Línea Salvat. Concepción, Chile.
- Vetter, S., Endrass, J., Schweizer, I., Hsun-Mei, T., Rossler, W., & Gallo, W. T. (2006). *The effects of economic deprivation on psychological well-being among the working population of Switzerland*. BMC Public Health, 6223-10.
- Zimet, G.; Dahlem, N.; Zimet, S.; Farley, G. (1988). *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*. Journal of Personality Assessment, p. 30-41. Cleveland, Ohio, United States.

ANEXO 1

1. CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Nombre: _____ Comuna: _____

Edad: _____ Sexo: M F Ocupación: _____

Estado Civil: _____

¿Cuántas personas viven en esta casa incluyéndolo a usted? _____

¿De cuántas personas Ud. Recibe apoyo (social) o mantiene una relación cercana? De ser así, ¿Con cuántos? _____ ¿Quiénes son? _____

¿Participa regularmente de algún grupo de apoyo? Si No

¿Cual? _____

En el Servicio de Salud al cual Ud. Asiste, ¿le han diagnosticado alguna enfermedad?

De ser así, ¿cuál? _____

Tratamientos:

Escolaridad:

E. Básica Incompleta E. Básica Completa E. Media Incompleta

E. Media Completa E. Superior Incompleta E. Superior Completa

Centro de Formación Técnica Otros

2. CUESTIONARIO BREVE DE AFRONTAMIENTO (CARVER)

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 1, 2, 3 ó 4 en el espacio dejado al final, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1= Nunca 2 = A veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre

Afirmaciones	1	2	3	4
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.				
5. Me digo a mí mismo “esto no es real”.				
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
7. Hago bromas sobre ello.				
8. Me critico a mí mismo.				
9. Consigo apoyo emocional de otros.				
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12. Digo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.				
13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19. Me río de la situación.				
20. Rezo o medito.				
21. Aprendo a vivir con ello.				
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				
23. Expreso mis sentimientos negativos.				
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

3. GHQ-12

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si **usted** ha tenido algunas molestias o trastornos, y cómo ha estado de salud en las últimas semanas.

Favor conteste todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que lo identifique. Queremos saber **los problemas recientes y actuales**, no los del pasado.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos 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 que lo habitual

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos 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 a sus problemas?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

4. ESCALA MULTIDIMENCIONAL DE APOYO SOCIAL (ZIMET ET AL. 1988)

Nombre: Edad:

Lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: **1= casi Nunca, 2= A veces, 3= Con frecuencia, 4= Siempre o Casi Siempre. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven.** Marque su respuesta con una cruz (X), en alguno de los cuatro espacios.

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

5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (GRACIA, MUSITU Y HERRERO, 2002)

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considere adecuada. Tenga en cuenta que:

1. Significa que usted está **muy en desacuerdo**
2. Significa que usted está **en desacuerdo**
3. Significa que usted está **en parte de acuerdo y en parte en desacuerdo**
4. Significa que usted está **de acuerdo**
5. Significa que usted está **muy de acuerdo**

Escala 1

1. Me encuentro a disgusto dentro de mi barrio o comunidad	1 2 3 4 5
2. Me siento identificado con mi comunidad/barrio	1 2 3 4 5
3. Mis opiniones son bien recibidas en mi barrio o comunidad	1 2 3 4 5
4. Muy pocas personas de mi comunidad saben quién soy	1 2 3 4 5
5. Siento el barrio como algo mío	1 2 3 4 5
6. Colaboro en organizaciones y asociaciones de mi comunidad	1 2 3 4 5
7. Participo en actividades sociales de mi barrio o comunidad	1 2 3 4 5
8. Participo en algún grupo social o cívico	1 2 3 4 5
9. No Participo en las reivindicaciones sociales que se llevan a cabo en mi barrio o comunidad	1 2 3 4 5
10. Acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de mi comunidad	1 2 3 4 5
11. No participo en las actividades socio-creativas de mi comunidad.	1 2 3 4 5

Escala 2

Como usted sabe, asociaciones deportivas o culturales, grupos sociales o cívicos (asociaciones de vecinos, dueñas de casa, etc.), la parroquia, agrupaciones políticas o sindicales, ONG, etc. Son organizaciones en las que se desarrolla una parte importante de la vida social de las personas. En estas organizaciones:

1. Podría encontrar a personas que me ayudaran a resolver mis problemas	1 2 3 4 5
2. No encontraría comprensión y apoyo	1 2 3 4 5
3. Podría encontrar personas que me ayudarían a sentirme mejor	1 2 3 4 5
4.No pediría consejo	1 2 3 4 5
5.No podría pedir consejo	1 2 3 4 5
6.No podría compartir mis problemas	1 2 3 4 5
7.Encontraría a alguien que me escuche cuando estoy decaído	1 2 3 4 5
8.Lograría animarme y mejorar mi estado de animo	1 2 3 4 5
9.Me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos	1 2 3 4 5
10.No solicitaría ayuda	1 2 3 4 5

Escala 3

Servicios sociales, centros educativos, centros de rehabilitación para drogadictos, centros de salud, etc. Son organizaciones y servicios que la comunidad pone a disposición de sus miembros.

1. Si tuviera problemas (personales, familiares, etc.), podría encontrar personas en estas organizaciones que me ayudarían a resolverlos.	1 2 3 4 5
2. Estos servicios no me inspiran la suficiente confianza	1 2 3 4 5
3. Estas organizaciones y servicios son una importante fuente de apoyo	1 2 3 4 5
4. En caso de necesidad acudiría a estas organizaciones	1 2 3 4 5

6. ESCALA DE REAJUSTE PSICOSOCIAL DE HOLMES Y RAHE (1967)

Por favor, señale con un círculo aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año.

- | | |
|--|---|
| 1. Muerte del cónyuge | 23. Cambio de responsabilidad en el trabajo |
| 2. Divorcio | 24. Hijo o hija que deja el hogar |
| 3. Separación matrimonial | 25. Problemas legales |
| 4. Encarcelación | 26. Logro personal notable |
| 5. Muerte de un familiar cercano | 27. La esposa comienza o deja de trabajar |
| 6. Lesión o enfermedad personal | 28. Comienzo o fin de escolaridad |
| 7. Matrimonio | 29. Cambio en las condiciones de vida |
| 8. Despido del trabajo | 30. Revisión de hábitos personales |
| 9. Paro | 31. Problemas con el jefe |
| 10. Reconciliación matrimonial | 32. Cambio de turno o de condiciones laborales |
| 11. Jubilación | 33. Cambio de residencia |
| 12. Cambio de salud de un miembro de la familia | 34. Cambio de colegio |
| 13. Drogadicción y/o alcoholismo | 35. Cambio de actividad de ocio |
| 14. Embarazo | 36. Cambio de actividad religiosa |
| 15. Dificultades o problemas sexuales | 37. Cambio de actividades sociales |
| 16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia | 38. Cambio de hábito de dormir |
| 17. Reajuste de negocio | 39. Cambio en el número de reuniones familiares |
| 18. Cambio de situación económica | 40. Cambio de hábitos alimentarios |
| 19. Muerte de un amigo íntimo | 41. Vacaciones |
| 20. Cambio en el tipo de trabajo | 42. Navidades |
| 21. Mala relación con el cónyuge | 43. Leves transgresiones de la ley |
| 22. Juicio por crédito o hipoteca | N° AVE= |

Puntuación=

7. BIEPS-A (ADULTOS)

María Martina Casullo

Apellido y nombre..... **Edad**.....

Sexo

- Mujer
- Varón

Educación:

- Primario incompleto
- Secundario incompleto
- Terciario incompleto
- Primario completo
- Secundario completo
- Terciario/universitario completo

Lugar donde nació: Lugar donde vivo ahora:

Ocupación actual..... Persona/s con quienes vivo:

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: **-ESTOY DE ACUERDO- NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO - ESTOY EN DESACUERDO-** No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz (aspa) en uno de los tres espacios.

	De acuerdo	Ni Acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida			
2. Si algo sale mal puedo aceptarlo, admitirlo			
3. Me importa pensar qué haré en el futuro			
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas			
5. generalmente le caigo bien a la gente			
6. Siento que podré lograr las metas que me proponga			
7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito			
8. Creo que en general me llevo bien con la gente			
9. En general hago lo que quiero, soy poco influenciable			
10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida			

11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar			
12. puedo tomar decisiones sin dudar mucho			
13. encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias			

INFORMATIVO PARA EL PARTICIPANTE

“Factores Psicosociales asociados a la Salud Mental del Adulto Mayor en contexto de pobreza ”.

Invitación a participar en esta investigación

Usted ha sido invitado(a) a participar en esta investigación sobre Salud mental y apoyo social en el adulto mayor. Antes de que tome una decisión, es importante que tenga mayor información acerca de las razones de esta investigación y las implicancias de su participación. Si hay algo que no le queda claro o necesita más información no dude en preguntar.

¿Cuál es el objetivo de la investigación?

Reconocemos que los adultos mayores en situación de vulnerabilidad, tienen necesidades y características específicas que pueden afectar de distintas formas su salud general y su bienestar psicológico. Es por esto que el objetivo de esta investigación es determinar si existe una relación significativa entre los factores personales y sociales y la salud mental de adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

¿Por qué me han seleccionado?

Usted fue seleccionado como potencial participante de la presente investigación debido a que ha sido invitado a formar parte del Programa Vínculo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), considerando además su edad y nivel de ingresos económicos para realizar esta preselección. Se espera contar con un total de 100 adultos mayores que acepten esta invitación.

¿Es obligación que participe?

Su participación es totalmente voluntaria. Si usted decide participar en esta investigación, se le entregará esta Hoja Informativa para que la conserve y se le pedirá firmar un documento de Consentimiento Informado. Si decide participar, es libre de cancelar su participación en cualquier momento de la investigación sin tener que dar ninguna explicación al respecto. La decisión de cancelar su participación no generará ningún efecto en la ayuda que actualmente recibe del programa Vínculos del Servicio Nacional del adulto mayor.

Si decide participar en esta investigación, será entrevistado en privado en su casa en 1 hora aproximadamente. Se le harán preguntas simples sobre su salud mental, el apoyo que recibe, los posibles eventos estresantes en su vida y las estrategias que utiliza para hacerles frente. El tiempo señalado para la entrevista es sólo una aproximación. Usted se puede demorar el tiempo que necesite en responder las preguntas o incluso se puede completar la entrevista en dos sesiones si prefiere. El investigador se pondrá de acuerdo con usted sobre el día y la hora que más le convenga para la entrevista.

Costos

Las entrevistas se realizarán en su domicilio por lo cual no debería incurrir en costos de traslado.

¿Qué debo hacer si decido participar?

Participar en esta investigación no implica ningún cambio en su actual estilo de vida. Mientras esté participando en el estudio, usted puede seguir realizando sus actividades diarias normalmente.

¿Cuáles son las posibles desventajas y riesgos de participar?

Algunas veces las personas pueden sentirse incómodas o angustiadas al hablar sobre cómo enfrentan las actividades diarias. Recuerde que usted puede parar la entrevista en cualquier momento.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

Si usted decide participar, esperamos que la entrevista le permita expresar como se ha estado sintiendo últimamente, sobre el apoyo con el que cuenta y las maneras de enfrentar las situaciones de estrés que ha vivido en el último tiempo y de cómo se ha sentido anímicamente. La información que obtendremos de esta investigación puede servir para brindar información valiosa a las instituciones que trabajan con usted en el área social y de salud mental.

Mi participación ¿será confidencial?

Toda la información que usted nos entregue durante el curso de la investigación, será *estrictamente confidencial*. La información será archivada bajo condiciones seguras sin ningún tipo de identificación personal.

¿Qué pasa si sufro algún daño por participar?

Si usted sufre cualquier daño o perjuicio por la manera en que ha sido tratado durante esta investigación, puede contactarnos y reclamarnos sobre esta situación. Trataremos de resolver cualquier preocupación o problema que haya sufrido y buscaremos una solución para ello.

¿Qué pasará con los resultados de esta investigación?

Los resultados serán eventualmente publicados en revistas científicas y presentados en congresos de psicología. Además se presentará y entregará una copia de los hallazgos y resultados a el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) institución colaboradora de esta investigación. Cabe mencionar que ningún participante será identificado en ninguna publicación o presentación sobre esta investigación.

¿Quién ha revisado y aprobado esta investigación?

Todas las investigaciones realizadas por alumnos tesisistas de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso son revisadas por el profesor guía de la investigación cuyos detalles se encuentran más abajo.

¿A quién puedo contactar para obtener mayor información o realizar algún reclamo?

Dra. Claudia Miranda
Profesor Adjunto
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso
Av. Brasil 2140
Valparaíso

Fono: (32)2508635 – 87687793 (celular)

Email: claudia.miranda@uv.cl

Gracias por considerar participar en ésta investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Número de Identificación del Participante _____

“Factores Psicosociales asociados a la Salud Mental del Adulto Mayor”.

**Por favor
encierre en un
círculo su opción**

- | | |
|---|---------|
| 6. Confirmando que he leído la Hoja Informativa para el Participante de la investigación señalada más arriba y que he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda. | SI - NO |
| 7. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para mí. | SI - NO |
| 8. Entiendo que toda la información que yo entregue o que sea entregada acerca de mí, será tratada de manera confidencial por el equipo de investigación. | SI - NO |
| 1. Autorizo al equipo de investigación para archivar la información que he entregado resguardando la confidencialidad. | SI - NO |
| 2. Acepto participar en la investigación señalada más arriba. | SI - NO |

Nombre del Participante

Fecha

Firma

Nombre del Entrevistador

Fecha

Firma

**Una copia para el participante y otra para el encuestador*