

UNIVERSIDAD DE GRANADA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE, CEREBRO Y COMPORTAMIENTO
(CIMCYC)



Programa de Doctorado Investigación Multidisciplinar e Innovación en
Procesos de Discapacidad, Dependencia y Fin de Vida

TESIS DOCTORAL

**Ocupaciones significativas en el adulto mayor y su relación con
la Calidad de vida. Estudio cualitativo en población de la región
de Magallanes y Antártica chilena.**

Presentada por:

Oskarina Palma Candia

Dirigida por:

Dr. Francisco Cruz Quintana

Dr. Rafael Montoya Juárez

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: Oskarina Carmen Palma Candia
ISBN: 978-84-9163-299-3
URI: <http://hdl.handle.net/10481/47428>

UNIVERSIDAD DE GRANADA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE, CEREBRO Y COMPORTAMIENTO
(CIMCYC)



Programa de Doctorado Investigación Multidisciplinar e Innovación en
Procesos de Discapacidad, Dependencia y Fin de Vida

TESIS DOCTORAL

**Ocupaciones significativas en el adulto mayor y su relación con
la Calidad de vida. Estudio cualitativo en población de la región
de Magallanes y Antártica chilena.**

Presentada por:

Oskarina Palma Candia

Dirigida por:

Dr. Francisco Cruz Quintana

Dr. Rafael Montoya Juárez

AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL

Los Directores, Dr. Francisco Cruz Quintana, Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada y Dr. Rafael Montoya Juárez, Profesor Contratado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada.

informan que:

La Tesis Doctoral titulada **Ocupaciones significativas en el adulto mayor y su relación con la Calidad de vida. Estudio cualitativo en población de la región de Magallanes y Antártica chilena**, realizada por Dña. Oskarina Palma Candia reúne las condiciones de calidad, originalidad y rigor científico necesarias para su defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctor, y por lo tanto se autoriza la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Y para que conste se expide en Granada el presente día 23 de mayo 2017.

Director/es de la Tesis

Doctoranda

Fdo. Dr. Francisco Cruz Quintana

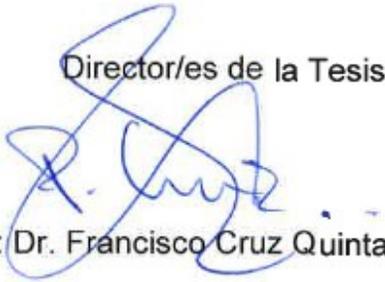
Fdo. Oskarina Palma Candia

Fdo. Dr. Rafael Montoya Juárez

La doctoranda Oskarina Palma Candia y los directores de la tesis Dr. Francisco Cruz Quintana y Dr. Rafael Montoya Juárez, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, a 23 de mayo de 2017

Director/es de la Tesis

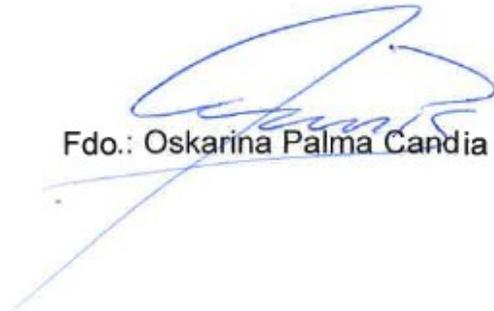


Fdo.: Dr. Francisco Cruz Quintana



Fdo.: Dr. Rafael Montoya Juárez

Doctoranda



Fdo.: Oskarina Palma Candia

AGRADECIMIENTOS

La decisión de iniciar este proceso, conlleva un gran esfuerzo y compromiso el cual no es sólo personal, sino que involucra a muchos quienes han confiado y han proporcionado las oportunidades para realizarlo. En primer lugar quisiera manifestar mi agradecimiento a las autoridades de la Universidad de Magallanes quienes confiaron en mis capacidades y han auspiciado parte de la inversión realizada para mis viajes a España. De la misma manera a los profesores y administrativos de la Universidad de Granada, quienes apoyaron e hicieron posible la realización de mis estudios.

Agradezco en forma especial a mis profesores guías Francisco Cruz Quintana y Rafael Montoya Juárez, por su paciencia, compromiso y valiosos conocimientos, que me permitieron aprender y clarificar conceptos, apoyo que fue siempre otorgado de manera consistente, respetuoso y con una gran calidad humana. Debo también mi gratitud al profesor César Hueso Montoro, quien dedicó muchas jornadas de trabajo y dedicación, para el desarrollo de nuestros estudios. Agradezco en forma especial a mi colega Azucena Ortega Valdivieso junto a quien nació esta relación tan especial con la Universidad de Granada, y quien me ha apoyado desde el plano personal y profesional en esta empresa.

El proceso de realización de esta tesis doctoral me ha otorgado grandes satisfacciones, así como también grandes sacrificios los cuales han sido compartidos y asumidos como familia. Quisiera agradecer sinceramente a mi hermana Marusa, quien con paciencia y amor me dio su aliento y refuerzo para retomar fuerzas en los momentos difíciles y con quien pude compartir con

entusiasmo esos profundos descubrimientos después de largas charlas telefónicas. A mis hijos Oscar y José Tomás quienes generosamente aceptaron la ausencia de su madre por largos períodos durante estos tres años. Finalmente toda mi gratitud y amor a mi marido José Márquez, quien siempre tierna e incondicionalmente me ha instado a lograr mis sueños, apoyándome y animándome en cada momento. A quienes desinteresadamente participaron en esta investigación, entregando su tiempo, abriendo las puertas de su casa y de su corazón, para compartir sus experiencias, enseñándome la sabiduría de sus vidas, que espero a través de esta tesis, puedan inspirar a otros como me inspiraron a mí, mis sinceros agradecimientos.

ÍNDICE

Capítulo 1: Resumen.....	10
Capítulo 2: Introducción.....	13
2.1. Envejecimiento	14
2.2. Envejecimiento y ocupación.....	19
2.3. Envejecimiento saludable.....	20
2.4. Envejecimiento activo.....	22
2.5. Envejecimiento exitoso.....	23
2.6. Teorías psicológicas asociadas al concepto de envejecimiento exitoso.....	27
2.7. Calidad de vida y bienestar.....	30
2.8. Bienestar psicológico.....	32
2.9. Instrumentos de evaluación del bienestar.....	35
2.10. Bienestar psicológico y su relación con la participación en ocupaciones.....	39
2.11. Percepción del bienestar en el adulto mayor.....	43
2.12. Participación social y su relación con el bienestar en la vejez.....	46
2.13. Contextualización de la situación en Chile.....	49

Capítulo 3: Justificación y objetivos.....	55
Capítulo 4: Estudio 1- “Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en una muestra de adultos mayores de la región de Magallanes, Chile”.....	60
4.1. Introducción.....	61
4.2. Método.....	64
4.3. Resultados.....	68
4.4. Discusión y conclusiones.....	78
Capítulo 5: Estudio 2- “Bienestar en el adulto Mayor, factores de la persona, ambiente y ocupación que favorecen un proceso de adaptación ocupacional exitoso. Estudio cualitativo en la ciudad de Punta Arenas, Chile.”.....	84
5.1. Introducción.....	85
5.2. Método.....	88
5.3. Resultados.....	91
5.4. Discusión y conclusiones.....	104
Capítulo 6: Discusión General.....	112
6.1. Para el primer objetivo.....	113
6.2. Para el segundo objetivo.....	117

6.3. Limitaciones de la presente tesis doctoral y futuras líneas de investigación.....	123
Capítulo 7: Conclusiones.....	125
8. Referencias bibliográficas.....	128
9. Anexos.....	157
9.1. Consentimiento informado.....	158
9.2. Artículos publicados que forman parte de la tesis doctoral.....	161

Capítulo 1: Resumen

1. Resumen

El envejecimiento y aumento de longevidad en la población genera el interés de favorecer las condiciones tanto personales como ambientales que propician el bienestar en esta etapa. La presente tesis buscó conocer los factores que inciden en la percepción de bienestar de los adultos mayores para lo cual, en una primera etapa, se aplicó la escala de bienestar de Ryff a 101 personas con edades entre 60 y 89 años, de la región de Magallanes y Antártica chilena. Encontrándose en general una percepción positiva de bienestar, la cual resultó mayor en quienes participaban en organizaciones, ya sea comunitarias o sociales, vivían solos o con pareja y tenían mayor nivel de escolaridad. Se asocia también a bienestar el número de organizaciones en las que participaban y si ejercían cargos directivos. Cabe destacar que la percepción de bienestar resulta en general positiva, aún en presencia de enfermedades.

Con el fin de profundizar estos hallazgos se realizaron entrevistas semiestructuradas a dieciséis mayores, de los cuales ocho presentaban puntajes altos en la escala de bienestar y los ocho restantes, puntajes descendidos. De este análisis se observó que aquellos que presentaban mayores puntajes se asociaban a participación en ocupaciones significativas y sociales, en las cuales se validaba principalmente las co-ocupaciones, es decir la realización de actividades con un otro significativo, aspectos personales como la resiliencia y autoestima. Como temas relevantes aparecen la soledad, pérdidas y aspectos económicos. Sin embargo de acuerdo a los relatos de los mayores, se destaca la capacidad de reinventarse construyendo, algunos, una nueva identidad

ocupacional a través del desarrollo de ocupaciones significativas, reforzando el sentido de eficacia y competencia personal, lo cual les proporciona procesos de adaptación exitosa a esta etapa, aumentando su percepción de bienestar.

Capítulo 2: Introducción

2. Introducción

2.1. Envejecimiento

El envejecimiento como fenómeno social, genera un gran interés debido al aumento de la población de adultos mayores en estas últimas décadas, a nivel mundial y específicamente en países en vías de desarrollo donde esta proporción es aún más elevada (Palloniet al., 2006).

El envejecimiento demográfico se refiere al aumento relativo de personas de 60 años de edad y más y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer. En otras palabras, son principalmente los cambios en la fecundidad y la mortalidad que traen como consecuencia el descenso del ritmo de crecimiento de la población. Una baja fecundidad implica un envejecimiento de la población y una baja en la mortalidad, conlleva un aumento en los años de vida (Agar, 2001). Tomando como referencia el último informe mundial de envejecimiento, en los países de ingresos bajos y medianos, el envejecimiento de la población se debe en gran parte, a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y a la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente, se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores (OMS, 2015).

Actualmente uno de los aspectos que resulta más preocupante de este proceso de envejecimiento poblacional y aumento de la esperanza de vida, resulta ser el de la longevidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), plantea

que nunca antes se habían dado unas expectativas de vida como las que actualmente tiene la población. Se calcula que las personas están viviendo en promedio, 20 años más de lo que vivían hace 50 años atrás. Ahora el desafío, plantean, consiste en propiciar desde los estados las oportunidades y lineamientos para lograr un envejecimiento saludable y altos niveles de bienestar sostenibles por más años.

Se plantea también en este informe, que se requiere un nuevo enfoque desde la salud pública para abordar un escenario que ha cambiado. Entre otras cosas, se hace imprescindible derribar estereotipos ampliamente arraigados, tanto a nivel coloquial como en la comunidad científica, acerca del envejecimiento, por ejemplo se ha demostrado que existe una gran diversidad en torno a la forma de envejecer, es decir no hay un adulto mayor “típico”, algunas personas de 80 años tienen niveles de capacidad física y mental mejores que personas jóvenes, mientras otras personas, presentan una disminución de sus capacidades a edades mucho menores, de tal manera que, algunas personas en torno de los 60 años de edad pueden requerir la ayuda de terceros para llevar a cabo actividades incluso básicas (OMS, 2015).

Además de la edad, en lo que respecta a la disminución de las capacidades físicas y cognitivas, se ha de prestar atención a otras variables como por ejemplo las genéticas, los entornos físicos y sociales en los que se está inserto, como el hogar, vecindario y comunidad, en tanto pueden afectar a la salud e influir de manera favorable o por el contrario constituirse en obstáculos en la toma de decisiones, oportunidades y comportamientos. Una parte importante de la gran

diversidad en la capacidad y en las circunstancias que se observan en la edad avanzada, probablemente se deba al efecto acumulativo de estas inequidades en salud a lo largo de toda la vida (OMS, 2015).

El reconocimiento de esta diversidad, ha provocado que se releven como indicadores de bienestar la particularidad, motivaciones y capacidades intrínsecas involucradas en la participación social y en actividades significativas (OMS, 2015).

En relación a la demografía, los estudios realizados señalan que a nivel mundial, el índice de envejecimiento pasará de 15 mayores de 65 años por cada 100 jóvenes menores de 15 años en 1950, a 83 en 2050; en América Latina y el Caribe este índice pasará de 9 a 114 adultos mayores. Según el departamento de asuntos económicos y sociales de las Naciones Unidas, se estima que en el 2006 había 688 millones de personas con edades superiores a los 60 años en el mundo, y se proyecta que para 2050 habrá 2 mil millones, superando, por primera vez en la historia de la humanidad, a los menores de 15 años (OMS, 2015; Cardona & Peláez, 2012).

A nivel de la región latinoamericana, el envejecimiento poblacional tiene como trasfondo la globalización y se relaciona con un incremento general del bienestar social debido, especialmente, a la extensión de la cobertura de los sistemas sanitarios acontecida durante la segunda mitad del siglo XX, la mejor información sobre el cuidado del cuerpo, los cambios en los valores respecto a la procreación y el incremento de los costos asociados a la crianza. Estos cambios han incidido en una caída de las tasas de natalidad, fecundidad, mortalidad y, simultáneamente, en un aumento de la esperanza de vida. Para el año 2050 uno

de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor (Huencuan, 2014), paralelamente se incrementarán los índices de envejecimiento -edades superiores a los 79 años, incluso 100 o más años- y formará parte de las expectativas de las personas llegar a centenarios (SENAMA, 2015).

En Chile, durante los últimos 30 años, se ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado; la población de Chile en el año 2013 era de 16.572.475 habitantes, de los cuales el 16,7% representaba al total de adultos mayores, lo que corresponde a 2.885.157 personas. Dentro de los próximos 20 años, se espera una tasa de crecimiento de 3,7% anual para dicho grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.850.000 de adultos mayores para el año 2025, representando el 20% de la población chilena (MDS, 2013). Con respecto a la transición epidemiológica, las patologías asociadas a las altas tasas de mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio, respiratorias, cerebrovasculares, tumores, hipertensión, y demencia (Matus-López & Cid Pedraza, 2014).

De acuerdo a cifras del anuario de estadísticas vitales 2014, del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en cuanto a la composición por edad de la población, Chile se encuentra en una etapa avanzada de transición hacia el envejecimiento demográfico, ya que los adultos mayores, paulatinamente han adquirido mayor importancia porcentual, y los menores de 15 años han disminuido su aporte porcentual al total de población. Esto se debe, principalmente, al descenso experimentado por la fecundidad, así como a la disminución de la mortalidad general y, en especial, al sostenido descenso del riesgo de muerte en

la niñez y en la juventud. Este escenario ha incidido en la mayor sobrevivencia de toda la población y, en particular, de los adultos mayores (INE, 2014).

Según la última encuesta de inclusión y exclusión social realizada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Chile se encuentra entre los países donde su población envejece más rápidamente, estiman que para el año 2050 las personas mayores de 60 años, que hoy representan el 15,7%, alcanzarán el 32.9%; la edad media del país sobrepasará el promedio mundial -46,9 y 36,1 años respectivamente- y, para el quinquenio 2045-2050, las expectativas de vida de los chilenos serán más de 10 puntos superiores al promedio mundial, posicionándose entre las más altas del planeta (87,8 años) (SENAMA, 2015).

La OMS (2015), plantea que Chile es el país de América Latina con mayor esperanza de vida media (80,5 años), y el segundo de todo el continente americano, sólo por detrás de Canadá (82,2 años).

Conocer estas tendencias y comprender el impacto que estos cambios demográficos producirán en la estructura de la población, en el mundo y en especial en Chile, resulta una gran responsabilidad, sobre todo si se quiere contemplar esta suma de años, como una oportunidad que permita a la comunidad chilena proyectar su forma de vivir la vida, de manera previa y al llegar a la etapa de vejez. Esto implica poner en marcha el desarrollo de políticas renovadas y adecuadas a un perfil de adultos mayores diferente, entre otras cosas, con mayor nivel educativo de acuerdo a proyecciones de la OMS (2015).

En la región de Magallanes y Antártica chilena, lugar donde se sitúa el estudio, estas cifras resultan aún elevadas, siendo en el año 2011, la región que presentaba la más alta tasa de adultos mayores en relación a la población total. Además, de acuerdo al índice de envejecimiento, era la región que se encontraba más envejecida y la única del país en que los mayores superaban a los niños, presentando 105 ancianos por cada 100 niños menores de 15 años. Este aumento en el índice de envejecimiento puede significar tanto que las personas están viviendo más años, como que están teniendo menos hijos, o ambas (CASEN, 2011).

Los datos obtenidos de acuerdo a CASEN (2013), posicionan a esta región en 7° lugar a nivel nacional, con un total de 25.087 mayores, el 16.7 % de la población regional.

2.2. Envejecimiento y ocupación

El aumento de la población mayor supone un importante logro de las ciencias y las políticas sociales, pero a su vez un gran desafío, todos quieren vivir más pero también todos quieren vivir bien (Franke, 2011). El cómo lograr un envejecimiento satisfactorio resulta un gran interrogante.

La vejez representa, por una parte, una etapa de la vida, culturalmente desprestigiada en algunos lugares del mundo occidental, sin embargo el cómo se vive depende de múltiples factores entre los cuales cobran importancia los factores personales, la forma de enfrentar las situaciones vitales, pérdidas de

seres queridos, jubilación y otros cambios que este ciclo conlleva (Rioseco et al., 2008).

Por otra parte el envejecimiento se asocia a disminución de funciones físicas, cognitivas y tendencia a reducir las redes sociales, es por esto que en general muchas estrategias para promover un buen envejecimiento incluyen acciones dirigidas a mantener la funcionalidad. Sin embargo, de acuerdo a la OMS (2015), el nivel de funcionalidad se determina no sólo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones que tenemos con los entornos. Por lo que en el enfoque de promoción de la salud, que ha ido evolucionando, se considera cada vez más la participación en ocupaciones significativas y sociales.

A continuación se revisan las distintas nominaciones vinculadas a formas de envejecer, dentro de las cuales se identifican, desde un ámbito biomédico, el envejecimiento normal, que hace referencia a envejecer sin presentar mayores complicaciones médicas y el patológico, asociado a la presencia de enfermedad, además existen otros conceptos asociados a envejecimiento positivo.

2.3. Envejecimiento saludable

Cuando fue mencionado por primera vez por la OMS en 2002, se planteó que consistía en mantener por el mayor tiempo posible las condiciones de salud y funcionalidad de la persona, para que pueda desarrollarse, desenvolverse e interactuar en los distintos ámbitos de su vida. En este sentido, implica un bajo riesgo de sufrir enfermedades o adquirir una discapacidad causada por

enfermedad, un alto rendimiento de las funciones físicas y mentales y un compromiso activo con la vida.

En el informe mundial de envejecimiento de la OMS del año 2015, se vuelve a retomar este concepto pero con una nueva definición, que incluye el de fomento y mantención de la capacidad funcional, como factores que permiten el bienestar en la vejez. Se entiende que la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Considerando las capacidades de la persona, las características del entorno, que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

Cabe destacar como el concepto de envejecimiento saludable, replanteado en el 2015, se asocia claramente a participar en ocupaciones significativas, aludiendo a ser y hacer, lo que es importante para cada uno. Lo anterior resulta cercano a lo planteado desde la Terapia Ocupacional (T.O), en la medida que la T.O entiende al ser humano en su capacidad de ser, hacer y pertenecer que proporciona el compromiso con ocupaciones significativas (Hammell, 2014; Wilcock, 2006).

Actualmente es el concepto de envejecimiento saludable, el que se está utilizando para el desarrollo de políticas de promoción de la salud y bienestar, desde la OMS.

2.4. Envejecimiento activo

Definido por Rowe & Kahn (1987), como el proceso que permite a la persona optimizar sus condiciones favorables de salud durante su vida, en pro de mantener su autonomía, prolongar su esperanza de vida saludable y mantener el bienestar durante la vejez.

Fue impulsado y promovido internacionalmente por la OMS en el 2002, donde se plantea como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías.

El marco político de la OMS (2015), reconoce seis tipos de determinantes claves del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico. No obstante desde su definición, su aplicación a través de las políticas, ha estado más orientada al desarrollo y promoción de capacidades físicas y cognitivas. Es decir se han orientado a la actividad, con el objetivo de mantener habilidades, pero no se han considerado las necesidades personales.

2.5. Envejecimiento exitoso

Este concepto aunque surge en los años 50 (Butler, 1974; Castillo, 2009), recién es popularizado en 1987 (Rowe & Kath, 1987). Estos autores distinguen, en la persona que envejece, cuánto de lo que se ve, se debe a los efectos de la enfermedad, y cuánto al envejecimiento “per se”. Estos conceptos, los replantean en 1997 (Rowe & Kath, 1997), realizando una definición más precisa (Castillo, 2009). Según estos autores, el envejecimiento exitoso incluye tres componentes, a saber:

- a) La ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad.
- b) Alta capacidad cognitiva y funcional.
- c) Un activo compromiso con la vida.

Los tres componentes son relativos y tienen entre sí cierta jerarquía, pero envejecimiento exitoso, es más que carecer de enfermedades o que mantener la capacidad funcional y mental, reconociendo la importancia de ambos elementos. Sin embargo, es la combinación o integración con el activo compromiso con la vida lo que da la totalidad al concepto. Es decir, se incluye un elemento cualitativo, que se refiere al tener actividades que desarrollar, mediante un compromiso con la vida (Castillo, 2009).

Otros autores enfatizan la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida, como elementos claves de un envejecimiento exitoso (Lher, 1982) e, incluso, otros consideran como elemento clave la actividad y productividad social (Siegrist, Von

dem Knesebeck & Pollack, 2004). En resumen, condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social, son los criterios generalmente aceptados (parcialmente o en su conjunto) para identificar esta forma de envejecer (Fernández-Ballasteros & Zamarrón, 2010).

Sin embargo un envejecimiento exitoso, depende de múltiples factores. Entre otros se han descrito de especial importancia, los factores personales, la forma de enfrentar las situaciones vitales, pérdidas de seres queridos, jubilación y otros cambios o situaciones adversas, que esta etapa conlleva (Fontes, 2015). Implica que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz, tanto en su familia como en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal (Martín et al., 2015; Vivaldi & Barra, 2012).

Este concepto incorpora una medida subjetiva, ya que es la misma persona quien evalúa como exitoso o no este proceso, en relación a sus propias expectativas (Sarabia, 2009). Además incluye en forma implícita la dicotomía de ganar o perder, así desde una perspectiva biomédica las personas con enfermedades o discapacidad quedarían fuera o tendrían mayor dificultad para el logro de este estatus, de la misma manera se puede establecer la prevalencia de las personas mayores “dependientes” o que presentan un envejecimiento “patológico”. Desde una perspectiva psicológica y emocional, se constata que existen personas que aún estando enfermas o en situaciones adversas se perciben exitosas. Este concepto implicaría entonces tanto aspectos objetivos

como subjetivos de calidad de vida, la capacidad de adaptación social y recursos psicológicos, preventivos y correctivos, así como bienestar existencial y social (Martín et al., 2015).

De acuerdo a la revisión realizada por Martín et al. (2015), el término "envejecimiento exitoso" se ha utilizado para referirse a los procesos de envejecimiento en el transcurso de la vida (Moody, 2001). Eso implica procesos de envejecimiento positivos para algunos (Rowe & Kahn, 1998), al mismo tiempo que provoca críticas de no ser suficientemente comprensivo o demasiado extenso para otros (Holstein & Minkler, 2003). Como señaló Moody (2001), el término "envejecimiento exitoso" sugiere ideas claves como la satisfacción con la vida, la longevidad, estar libre de discapacidad, el dominio, el crecimiento, el compromiso activo con la vida, y la independencia. También se ha llamado a un envejecimiento exitoso "envejecimiento vital", "envejecimiento activo" o "envejecimiento productivo". Independientemente del término que se use, todos ellos señalan que la vida posterior puede ser un tiempo de salud y vitalidad donde las personas mayores contribuyen a la sociedad, más que simplemente un tiempo de mala salud y dependencia (Achenbaum, 2001; Butler & Gleason, 1985). En unos casos el énfasis está puesto en el mantenimiento de funcionamiento positivo tanto como sea posible (Phelan & Larson, 2002), y en otros se sugiere que un envejecimiento exitoso también puede ser posible en condiciones de salud más adversas (Glass, 2003; Poon, Gueldner & Sprouse, 2003; Martín et al., 2015).

Como plantean Bowling & Stafford (2007), la literatura sobre el envejecimiento exitoso revela una amplia gama de definiciones, generalmente

reflejando la disciplina académica del investigador. Los modelos biomédicos enfatizan principalmente el funcionamiento físico y mental como envejecimiento exitoso; Los modelos socio-psicológicos enfatizan el funcionamiento social, la satisfacción con la vida y los recursos psicológicos como envejecimiento exitoso.

Aunque no hay un acuerdo entre las visiones, muchos autores se han visto atraídos por este concepto de éxito en el envejecimiento que se aplica al capítulo final de la vida. Sin embargo no se habla de "infancia exitosa" o de "una adolescencia exitosa". En la noción del envejecimiento exitoso hay una cualidad contradictoria ya que permite imaginar una vejez que es positiva, productiva y esperanzadora (Glass, 2003).

En resumen, las perspectivas planteadas para visualizar de forma positiva el envejecer, incluyen aspectos vinculados con los planteamientos de base de la Ciencia de la Ocupación y la Terapia Ocupacional, ambas disciplinas que se han orientado respectivamente al estudio y uso de la ocupación para mantener y/o mejorar condiciones de salud, funcionamiento físico y cognitivo, afecto positivo y participación social (Yerxa, 1998; Wilcock, 2005; Clarck, 2006). En el ámbito del adulto mayor, estos planteamientos parecen cobrar más sentido, considerando las necesidades de adaptación social que presentan las personas en esta etapa, en la cual se producen generalmente modificaciones en sus rutinas cotidianas, mayor cantidad de tiempo libre, pérdida de roles sociales y necesidad de replanteamientos en torno a sus intereses para participar en actividades que les hagan sentido y estimulen su compromiso y desarrollo personal.

2.6. Teorías psicológicas asociadas al concepto de envejecimiento exitoso

En torno a la participación y la actividad en la etapa de la vejez, vinculado al concepto de envejecimiento exitoso, existe el desarrollo de diversas teorías psicológicas, algunas que se contraponen y otras que podrían complementarse, las cuales han tratado de explicar diversas perspectivas frente al proceso de envejecer.

Teoría de la separación o desvinculación (Cumming & Henry, 1961) significaba que una persona que envejecía con éxito, querría, con el tiempo, desprenderse de una vida activa (Martín et al., 2015).

En otras palabras podría entenderse que los seres humanos al cumplir ciertos hitos asociados a la edad mayor, naturalmente iniciarían un proceso de “retirada”, tanto de los espacios productivos, jubilación, como de los espacios sociales, provocándose una tendencia más bien introspectiva, fortaleciendo los vínculos más cercanos pero abandonando otros espacios sociales más amplios. Este proceso sería preparatorio desde un punto de vista personal para “despedirse” de la vida, y desde un punto de vista social, facilitaría la incorporación de nuevas generaciones que asumirían las tareas abandonadas por los adultos mayores.

Por otra parte y contraria a la anterior se desarrolla la **Teoría de la actividad** (Havighurst et al., 1963), que afirmaba que el envejecimiento con éxito

significa mantener actividades y actitudes de mediana edad en la adultez tardía (Martín et al., 2015).

Este planteamiento sugiere que los adultos mayores en esta etapa de su vida, pueden de manera más libre al no tener “obligaciones”, realizar ocupaciones que les son significativas, algunas vinculadas a su vida previa, u otras que dejaron pendientes o han descubierto en esta etapa, y que les permiten desarrollar sus capacidades y su potencial. Estas actividades reforzarían su autoestima y su identidad personal y serían la forma de lograr un estado saludable y satisfactorio.

Lo anterior resulta altamente en concordancia con los postulados de la Terapia Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación al aplicar esta comprensión de la participación en ocupaciones significativas a lo largo del ciclo vital, como se plantea dentro de sus postulados, los seres humanos, son más humanos cuando participan en ocupaciones (Yerxa, 1998).

También se menciona la **Teoría de la Selección, optimización y compensación** de Baltes & Baltes (1990), que parte de la premisa de que el desarrollo individual a través del curso de la vida es un proceso que incluye tres componentes: selección, optimización y compensación (SOC). Su modelo considera condiciones previas (adaptación selectiva y transformación de recursos externos), procesos de orquestación (selección, optimización y compensación) y los resultados (maximización de ganancias y minimización de pérdidas, crecimiento, mantenimiento y regulación de la pérdida de función), (Martín et al., 2015).

Esta teoría asume que inevitablemente en la etapa de la vejez se produce una disminución del funcionamiento general, el cual puede tener distintas expresiones en las capacidades, sensoriales, cognitivas físicas o emocionales. Ante lo cual las personas mayores espontáneamente realizarían un proceso de adaptación y regulación, minimizando el gasto de energía frente a cierto tipo de actividades, en relación a otras que les resulten más importantes. Disminuyendo la cantidad de actividades versus la calidad con que se realizan. Entonces de alguna forma priorizarían el uso de su tiempo y energía en ocupaciones significativas.

Lo anterior podría homologarse a uno de los objetivos más importantes planteados desde la Ciencia de la Ocupación y Terapia Ocupacional, que corresponde a reconocer aquellas ocupaciones que sean personalmente significativas y favorables para la salud y propiciar la participación activa en estas, con el fin de mejorar el bienestar y felicidad.

Como plantean las terapeutas ocupacionales Eakman, Carlson & Clark, (2010), las teorías contemporáneas del desarrollo de adultos vinculan la participación y compromiso personal, con el sentido de bienestar a través de la forma en que uno mismo, activamente, estructura e interpreta experiencias, se motiva por el compromiso en la actividad y proporciona un sentido de continuidad (Kaufman, 1986; Markus & Herzog, 1999). Por ejemplo, dentro de la teoría de la continuidad (Atchley, 1989, 1999) las actividades realizadas para el logro de metas personales ayudan a mantener un estilo de vida personalmente significativo (Eakman et al., 2010).

Además, en el modelo SOC, los individuos aprovechan al máximo ciertas capacidades y recursos que todavía tienen, y encuentran formas de compensar otras limitaciones, todo ello a través de una práctica activa por parte del individuo, de maximizar la satisfacción de la salud y la vida mediante la selección y la inversión de tiempo en ocupaciones (Eakman et al., 2010).

Estas teorías del desarrollo de adultos mayores son congruentes con otras perspectivas de ciencias sociales y en especial la Ciencia de la Ocupación, que sostiene que los significados que atribuimos a nuestras actividades diarias se relacionan fuertemente con nuestro sentido de propósito y cumplimiento en la vida, (Baumeister, 1991; Clark et al., 1991; Csikszentmihalyi, 1990; Maddi, 1998), con implicancias para la salud, el bienestar y el envejecimiento exitoso, (Clark et al., 1997; Reker & Wong, 1988; Ryff & Singer, 1998; Eakman et al., 2010).

2.7. Calidad de vida y bienestar

En relación al estudio del envejecimiento existe la necesidad de clarificar qué estamos entendiendo por evaluación positiva de la forma de vivir esta etapa. A partir de aquí surgen los conceptos de calidad de vida y bienestar, que algunos utilizan indistintamente para referirse a su satisfacción con la vida. Estos conceptos sin embargo no son sinónimos aunque se relacionan entre sí.

Calidad de vida, de acuerdo a Ardila (2003), se define como el estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Incluye aspectos subjetivos de bienestar físico, psicológico y social y

aspectos objetivos como bienestar material, las relaciones armónicas con los ambientes físico, social y comunitario y la salud objetivamente percibida.

Otros autores plantean que este concepto se ha definido principalmente desde un punto de vista subjetivo, como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (Meléndez, Navarro, Oliver & Tomás, 2009).

Hay estudios que identifican la existencia de un nivel mínimo necesario para tener una buena calidad de vida, vinculado a necesidades básicas materiales, como tener una vivienda, acceso a salud y una buena alimentación. En la base de todas las dimensiones se encuentra la salud, tanto mental como física y social.

Con esto se quiere decir que una buena calidad de vida, desde la perspectiva de la salud, no se daría por la ausencia de enfermedades, sino más bien por la percepción personal de una buena salud (“sentirse bien”) y su reflejo a través de una buena actitud en las interacciones con otras personas (Fernández-Ballesteros, 2008).

De acuerdo a Urzúa & Caqueo-Urizar (2012), el término calidad de vida que ha estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, esto ha producido que, a la fecha, aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera errónea. Es así que muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar, salud mental, felicidad son usados para designar calidad de

vida, lo que genera confusión acerca de lo que intentan referir. En este mismo estudio se concluye que el concepto de calidad de vida incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales y que cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto al concepto.

El concepto de bienestar se presenta como la medida personal de la calidad de vida, se entiende entonces que calidad de vida no es sinónimo de bienestar. El bienestar es un marcador de la calidad de vida y ésta es una de las bases del envejecimiento con éxito (Meléndez, Tomás & Navarro, 2008).

2.8. Bienestar psicológico

Para el estudio del bienestar se pueden visualizar dos grandes tradiciones, una relacionada fundamentalmente con experimentar la máxima cantidad de placer, de manera que la felicidad se convierte en la totalidad de momentos placenteros que uno experimenta a lo largo de su trayectoria vital, la tradición hedónica (Ortiz & Castro, 2009) y otra ligada al desarrollo del potencial humano y a la realización de aquello que podemos ser, definida como la tradición eudaimónica (Meléndez et al., 2009).

Otros autores han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo de bienestar subjetivo, que corresponde a la tradición hedónica y el constructo bienestar psicológico, como representante de la tradición eudaimónica (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo & Valle, 2006). Se

ha planteado también que estas corrientes de investigación se relacionan conceptualmente, pero son empíricamente distintas (Ortiz & Castro, 2009).

La visión que tiene más tradición dentro del estudio científico es la tradición hedonista, desde la cual se asocia al bienestar, lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas (Ortiz & Castro, 2009). Respecto a la tradición eudaimónica, cuyo representante es el bienestar psicológico, se trata de una tradición más reciente, a la cual le interesa investigar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir lo que desean (Meléndez et al., 2008).

Es así como el bienestar subjetivo hace referencia a la experiencia subjetiva de felicidad. Este tipo de bienestar incluye un componente emocional o afectivo, relacionado con los sentimientos de placer y displacer que experimenta la persona y que comprendería el concepto de felicidad, y un componente de carácter cognitivo referido al juicio que merece a la persona su trayectoria evolutiva, es decir, lo que tradicionalmente se ha denominado satisfacción vital (Meléndez et al., 2008).

La segunda línea de trabajo, que es desde la cual se orienta este estudio, es la que se ha centrado en el denominado bienestar psicológico; el concepto se sitúa en el proceso y consecución de los valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, y no tanto en aquello que nos da placer o nos aleja del dolor. Desde una perspectiva quizá más amplia, parece ser que una caracterización más ajustada, es definirlo como un esfuerzo por perfeccionarse y conseguir la realización del propio potencial. Así, el bienestar

psicológico estaría relacionado con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiriera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo por superarlos y conseguir metas valiosas, mientras que el bienestar subjetivo tendría que ver más con sentimientos de relajación, ausencia de problemas y presencia de sensaciones positivas (Meléndez et al., 2008).

En esta última línea teórica, Ryff & Singer (2008), desarrollaron un modelo multidimensional de bienestar psicológico que refleja 6 dimensiones del bienestar (1) la evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada (auto aceptación); (2) un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona (crecimiento personal); (3) la creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado (propósito en la vida); (4) el desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y confianza con otros (relaciones positivas con otros); (5) la capacidad de dirigir efectivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos (dominio del entorno) y (6) un sentido de autodeterminación personal (autonomía) (Vivaldi & Barra, 2012).

También se plantea que la satisfacción general, felicidad y crecimiento personal no se producen al margen de las condiciones sociales de las personas (Blanco & Díaz, 2005). Estas condiciones tienen estrecha relación con el bienestar y la salud física y mental (Cabañero, Richard, Cabrero, Orts, Reig & Tosal, 2004).

2.9. Instrumentos de evaluación del bienestar

Así como ha existido dificultad para definir de manera clara y distintiva los conceptos de calidad de vida, satisfacción personal, o bienestar. Igual sucede con la evaluación de estos constructos. Es así que existe gran diversidad de enfoques e instrumentos de evaluación, los cuales dan énfasis a distintos factores que intervienen en este proceso multidimensional.

Dentro de su evaluación se pueden identificar tres grupos de factores: 1) aspectos extrínsecos al individuo, como factores económicos, vivienda, política, etc., 2) aspectos funcionales del individuo, vinculados a factores biológicos y a procesos de salud-enfermedad) y 3) elementos emocionales, psicológicos y sociales.

Desde la perspectiva de calidad de vida, podemos encontrar dos grandes grupos, para su evaluación:

1) Evaluaciones que están más orientadas a aspectos materiales o económicos. Aquí se incluyen evaluaciones como; Método de las necesidades básicas insatisfechas (CEPAL, 2001), Índice de desarrollo humano (UN, 2011), Índice de Barthel (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997), Medical Outcomes Study (Stewart, 1992), Functional Status Index (Jette, 1980), Functional Independence Measure (Rankin, 1993) e Índice de pobreza multidimensional (Alkire, Roche, Santos & Seth, 2011); así como Happy Life Inventory; Facetas de la satisfacción con ingresos y status, de Kim, Kim, Cha & Lim (2007).

2) Evaluaciones de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), donde la evaluación está orientada a la salud y /o los efectos de tratamientos. En este grupo se pueden diferenciar los instrumentos genéricos dirigidos a toda la población de un grupo etario y los específicos asociados a una patología en particular.

Dentro de los genéricos que están traducidos al español, podemos señalar, para adultos; The Sickness Impact Profile: SIP (Badia & Alonso, 1995), The Dartmouth- COOP (López et al., 1996), Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV (Lara, Ponce de León & De la Fuente, 1996), The McGill Pain Questionnaire: MPQ (Escalante, Lichtenstein, Ríos & Hazuda, 1996), SF 36 Health Survey (Ware & Sherbourne, 1992; Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek & Medina, 1999), Nottingham Health Profile (NHP) (Alonso, Anto & Moreno, 1990), EuroQol-5D (EQ-5D) (Badia, Roset, Montserrat, Herdman & Segura, 1998).

Para niños y adolescentes se encuentran: The Childhood Health Assessment Questionnaire: CHAQ (Goycochea, Robles & Vilchis, 1997) y The Costa Rica Childhood Health-Assessment Questionnaire: CR- CHAQ (Arguedas, Anderson & Fasth, 1997).

Entre los específicos para adultos, Index: HAQ-DI Enfermedad reumática (Cardiel, Abello-Banfi, Ruiz-Mercado & Alarcón-Segovia, 1992), The McGill Quality of Life Questionnaire for HIV: MOQL-HIV HIV- SIDA (Badia, Podzamczar, García, López-Lavid & Consiglio, 1999).

Para niños y adolescentes: Calidad de Vida del Niño con Epilepsia: test CAVE (Herranz & Casas-Fernández, 1996), Escala de Actividades del Niño con Leucemia (López, Hernández, Benítez, Villasís, Bermadez & Martínez, 1996).

Por último dentro de las evaluaciones de CVRS, existe la incorporación del factor tiempo, de acuerdo a las teorías económicas que sustentan este constructo. Se debe considerar la obtención de preferencias (o utilidades) para la valoración del estado de salud, es así como surgen herramientas como; los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC), Quality Adjusted Life Year (QALY). Los AVAC se incorporan a los estudios de coste/utilidad en forma de costes/AVAC. El concepto de AVAC se refiere a la “calidad de vida normal en un año”, entendiendo que un solo año de buena salud puede ser equivalente, en términos de utilidad o preferencias, a más de un año con un estado de salud deteriorado (Prados & Leiva, 1997; García, 2014).

Por otra parte, los índices de salud han sido desarrollados para resumir el estado de salud; Health Utility Index (HUI), Quality of Well Being Scale (QWB), Índice de calidad de vida relativo a la salud (ICVRS) (Hennessy, Moriarty, Zack, Scherr & Brackbill, 1994)

Considerando los aspectos multidimensionales del concepto de calidad de vida, encontramos también que se ha abordado la evaluación del bienestar o calidad de vida como un concepto no solamente relacionado con la salud, sino más cercano a la satisfacción personal o felicidad.

De acuerdo a esto, Vera-Villarroel, Celis-Atenas & Córdova-Rubio (2011) encontraron diversas escalas para evaluar bienestar que se asocian a la evaluación de la felicidad, pero que consideran algunos aspectos o ítems sin adherirse a un constructo unitario; Satisfaction with life scale (Pavot & Diener, 1999), The Short Depression-Happiness Scale (SDHS) (Joseph, Linley, Harwood, Lewis & McCollam, 2004), Oxford Happiness Inventory (Lewis, Francis & Zieberts, 2002), the Steen Happiness Index (SHI) (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005), escala factorial de felicidad (Alarcón, 2006). Estos instrumentos multi-item han sido criticados por evaluar diferentes componentes de la felicidad (Swami, 2008).

Desde el ámbito de la psicología se han incluido los indicadores subjetivos en la evaluación del bienestar, desde esta perspectiva se pueden observar dos enfoques teóricos; la corriente hedonista que aborda la felicidad, desde el efecto de los aspectos positivos y negativos en relación a la satisfacción con la vida (bienestar subjetivo) y la corriente eudaimónica que aborda el potencial humano, a través de (bienestar psicológico) (Ryan & Deci, 2001; Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002).

Dentro de los instrumentos utilizados para evaluar el bienestar subjetivo podemos mencionar; Escala de satisfacción con la vida, versión en español de la SWLS de (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), escala que según Pavot, Diener, Colvin & Sandvik (1991), se puede utilizar con jóvenes y adultos; Escala de felicidad: Life as a Whole Index (Andrews & Withey, 1976); Escala de Felicidad Subjetiva (EFS) (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

Para la evaluación del bienestar psicológico, podemos encontrar el Índice de Felicidad de Steen (Steen Happiness Index)(Seligman et al., 2005), la Escala de orientación hacia la felicidad (Orientation to Happiness Scale), (Peterson, Park & Seligman, 2005) y la Escala de Rutas hacia el Bienestar, ERBIEN (Castro Solano & Grinhauz, 2011).

Dentro de los instrumentos con mayor trayectoria en este ámbito, se encuentra la Escala de Evaluación de Bienestar Psicológico de Ryff (1989). Esta escala tiene una versión en español (Díaz et al., 2006), que ha sido utilizada y validada en Chile (Gallardo Cuadra & Moyano-Díaz, 2012; Vera- Villarroel, Urzúa, Silva, Pavez & Celis- Atenas, 2013; Chitgian-Urzúa, Urzúa & Vera-Villarroel, 2013; Vivaldi & Barra, 2012). Esta última escala es la que se ha utilizado en esta investigación.

2.10. Bienestar psicológico y su relación con la participación en ocupaciones

Al situarnos en la comprensión del bienestar psicológico, como una medida de satisfacción, que incluye aspectos sociales y de salud que se asocian a las expectativas de desarrollo y crecimiento personal en el adulto mayor; en un entendimiento del proceso de envejecimiento como una experiencia enriquecedora, no exenta de problemas o exigencias y que necesariamente implica cambios y ajustes para lograr una sensación de bienestar, parece por tanto, fundamental la forma en que se enfrente.

Desde la perspectiva del bienestar psicológico, se demanda una actitud proactiva frente a la vida, donde los mayores se involucren en mantenerse “incorporados” en la vida, a través de ocupaciones que les permitan seguir creciendo y desarrollándose, ocupaciones que les sean significativas y les proporcionen sentido. Desde la perspectiva de la Ciencia de la Ocupación y Terapia Ocupacional, la satisfacción con esta participación se vincula con el bienestar (Wilcock , 2005; Griffith, Caron, Desrosiers & Thibeault, 2007; Erikson et al., 2011), a su vez la ocupación puede ser considerada como fuente primaria de significado (Christiansen, 1999; Eriksson et al., 2011; Hasselkus, 2011). Existe evidencia empírica de que la participación en ocupaciones está fuertemente relacionada a la satisfacción con la vida (Eriksson, Kottorp, Borg & Tham, 2009), la salud y el bienestar (Eriksson et al., 2011).

El compromiso en ocupaciones se ve no sólo como el hacer concreto, sino también como la experiencia subjetiva, que subraya el significado personal y social del hacer (Edwards & Christiansen, 2005; Kielhofner, 2008). La experiencia de involucrarse en ocupaciones informa a las personas, quiénes son y tiene implicaciones para futuras elecciones de ocupaciones.

La Terapia Ocupacional se hace cargo de ayudar a las personas a realizar las actividades que quieren o necesitan hacer en sus vidas cotidianas, así como apoyarlas en sus elecciones ocupacionales y el uso del tiempo libre, que resulta también un determinante asociado al bienestar (Chilvers, Corr & Singlehurst, 2010; Liddle, Gustafsson, Bartlett & McKenna, 2012).

Los estudios realizados demuestran que la participación en ocupaciones mejora la salud y la autopercepción de la calidad de vida, y así mismo, ayuda a conservar los conocimientos y desempeños. Existe una amplia evidencia de que ocupaciones como el ejercicio y actividades de ocio que sean físicamente exigentes, disminuyen las tasas de enfermedades del corazón (Blair & Morris, 2009), y el deterioro cognitivo (Eriksson et al., 2011; Kawagoe, Onoda & Yamaguchi, 2017).

Otro aspecto que se menciona en la literatura, se refiere al efecto de la participación en ocupaciones en la construcción de la identidad y su influencia en la autoestima y bienestar personal. Howie, Coulter & Feldman (2004), plantean que específicamente, se ha debatido la asociación del compromiso ocupacional con el desarrollo y mantenimiento de la identidad ocupacional de la gente, y cómo el significado personal y autoestima están vinculados a su desarrollo (Kielhofner, 2008; Christiansen & Townsend, 2010).

Estudios realizados en el marco de la terapia ocupacional, ponen de relieve:

- 1) la relación entre el compromiso en ocupaciones y la identidad;
- 2) mediante la realización de acciones en una variedad de entornos, la gente aprende que son agentes activos en sus vidas;
- 3) los individuos realizan su sentido de sí mismos vía la reflexión en su comportamiento y acciones con otros;
- 4) a través de la autogestión de sus ocupaciones la gente desarrolla un "sentido de la individualidad" con una conciencia de sí mismos que abarca habilidades y capacidades y su efectividad en la ejecución de estas habilidades;
- 5) una "identidad aceptable", a través de la competencia en el desempeño de las

ocupaciones, fomenta la sensación de bienestar. Así, la capacidad de las personas para realizar ocupaciones significativas proporciona la clave para no ser sólo una persona, sino una persona en particular (Christiansen, 1999).

Uniando estos conceptos, los procesos de adaptación social y en específico de adaptación ocupacional (Nayar & Stanley, 2015), que se relacionan con el bienestar, existen ciertos factores que pueden favorecer o dificultar este proceso: 1) los personales, que incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y de salud, 2) los ambientales, que incluye, cultura, aspectos geográficos y climáticos, económicos, entre otros y 3) la ocupación (características de la actividad, habilidades, entre otras). Lo anterior se ha descrito como el Modelo persona, ambiente, ocupación PAO (Letts, Law, Rigby, Cooper, Stewart & Strong, 1994). Este modelo permite explicar cómo la interacción entre estos factores incide en los procesos de adaptación.

La adaptación ocupacional se ha postulado no sólo como una reacción a una interrupción o una transición, sino como una estrategia cotidiana consciente para avanzar en las opciones ocupacionales, reforzando así el concepto de sí mismo y favoreciendo el bienestar (Nayar & Stanley, 2015), en este proceso resultan fundamentales la construcción de identidad y su vínculo con el bienestar. En el adulto mayor, esto adquiere además una dimensión particular, ya que se producen cambios en diversas áreas, desde el punto de vista biológico se describen en general una disminución de funciones, desde el punto de vista social una tendencia a perder relaciones sociales y su red de apoyo, jubilación, pérdidas y precariedad económica, entre otros elementos (Fontes, 2015).

Por lo cual el adulto mayor debe enfrentarse a una nueva situación, personal y social, y, desde esta perspectiva, su bienestar estaría vinculado a su capacidad de adaptación.

2.11. Percepción del bienestar en el adulto mayor

En relación al bienestar en el adulto mayor se han realizado también diversas investigaciones, con el fin de comprender de mejor manera cuales son los elementos tanto personales como del contexto, que inciden en su percepción.

La encuesta de Gallup Mundial, es un estudio que se desarrolló en forma conjunta con investigadores de Reino Unido y Estados Unidos con información de más de 160 países. En esta encuesta, se muestra una relación en forma de U entre bienestar y edad, siendo los países de habla inglesa, los que presentan niveles más bajos de bienestar en las edades de 45-54 años. Pero este patrón no es universal. Por ejemplo, los encuestados de la antigua Unión Soviética y Europa oriental muestran una reducción progresiva de bienestar con la edad al igual que los encuestados de América Latina, mientras que el bienestar en el África subsahariana muestra pocos cambios con la edad. La relación entre la salud física y el bienestar subjetivo es bidireccional (Shankar, Rafnsson & Steptoe, 2015).

La literatura informa, también, de la relación entre el bienestar y variables sociodemográficas utilizando la escala de evaluación del bienestar de Ryff. En estudios realizados en Latinoamérica, se ha reportado en población mayor, un mayor nivel de satisfacción en hombres y personas con pareja en población chilena (Vivaldi & Barra, 2012), a diferencia de lo encontrado en Colombia, donde ser mujer y tener niveles mayores de escolaridad se asociarían a mayores grados

de satisfacción (Melguizo Herrera, Acosta López & Castellano-Pérez, 2012). Por otra parte otro estudio realizado en México plantea una relación predictiva positiva de la participación en actividades sociales y también la escolaridad con el bienestar personal de los adultos mayores, siendo el estado civil y la edad, variables que no se relacionan significativamente al bienestar (Carmona & Ribeiro, 2010). Por último, otro estudio plantea una relación negativa entre la edad y el bienestar, ratificando nuevamente la relación positiva entre estado civil casado o con pareja, y mayor escolaridad con mayores grados de satisfacción en población española y dominicana (Meléndez et al., 2009).

La inclinación a asociar esta etapa a aspectos negativos, como la relación de esta con la idea de incapacidad y abundancia de limitaciones, hace alusión a la “amenaza en la vejez”, que se establece a partir de la frecuencia e intensidad de eventos específicos asociados a los procesos biológicos del envejecimiento, como pérdida de la salud, discapacidad y dependencia y a los procesos sociales del envejecimiento como jubilación y disminución de los ingresos, viudez, pérdida de redes familiares y sociales, soledad y abandono (Riera, 2005).

Así mismo, la amenaza en edades avanzadas también puede ser vista desde una perspectiva de género como lo plantean Bueno y Valle (2008), aludiendo a que las mujeres presentan una mayor amenaza que los varones, debido a que cuentan con menos recursos internos y externos para enfrentar los riesgos y cambios inesperados (ingresos, estudios, empleo, jubilación, cobertura social, redes de apoyo social y asistencial). En relación a las diferencias de género, en un estudio realizado por Pinguart & Sorensen (2001), se analizaron los

datos existentes en 300 investigaciones de bases de datos de gerontología, encontrando que las mujeres mayores reportaron más baja percepción de bienestar que los hombres en todas las medidas, sin embargo en los estudios más recientes estas diferencias de género se hacían menores. También otro estudio realizado en Israel, muestra que en comparación con los hombres, las mujeres, que por situaciones sociales y culturales, presentan menos recursos personales en relación a su calidad de vida, educación, el ingreso y la salud física, tienen niveles más bajos de bienestar subjetivo (Carmel, 2012).

A su vez de acuerdo a la cuarta encuesta de inclusión y exclusión social de los adultos mayores en Chile (Thumala, Arnold, Massad & Herrera, 2015), es necesario considerar la existencia de una visión estereotipada y negativa sobre la vejez, que la asocia con una etapa de decadencia, deterioro y dependencia. Cabe señalar que las estadísticas disponibles señalan que en Chile los adultos mayores, en su mayoría, son autovalentes e independientes funcionalmente (SENAMA, INTA & Microdatos Universidad de Chile, 2009). Conviene tener presente que el “valerse por sí mismo” podría también entenderse en relación a otros ámbitos, como el económico, social o emocional, donde los niveles de autonomía son más diversos. El mismo estudio también hace referencia a la responsabilidad que la población chilena asigna a los propios adultos mayores por su bienestar, lo que estaría indicando la capacidad que se les atribuye para hacerse cargo de su propia condición, siendo una visión “viejista” aquella que les otorga poca responsabilidad.

La presencia de “viejismo” no es inocua. Actualmente se cuenta con

evidencias de su vinculación con la calidad de vida y bienestar de las personas mayores, lo que confirma la relevancia de este concepto. Las imágenes negativas de la vejez pueden integrarse como parte de la propia identidad en los adultos mayores (Dobbs et al., 2008 en Thumala et al., 2015), influyendo en la percepción que los adultos mayores tienen de sí mismos, llevándolos a aceptar una visión negativa, con la consiguiente adopción de comportamientos consistentes con estas imágenes (Macia, Lahmam, Baali, Boëtsch & Chapuis-Lucciani, 2009; McGuire, Klein & Chen, 2008) y también con una baja autoestima (Palmore, 1999).

Por último, como señala Allen (2015), la exposición repetida a estresores crónicos asociados a estereotipos negativos de la vejez puede incrementar el riesgo de enfermedades crónicas, mortalidad, junto a otros efectos adversos.

2.12. Participación social y su relación con el bienestar en la vejez

En la literatura revisada, se pone de manifiesto que es muy frecuente, en el adulto mayor, la tendencia al aislamiento social y a la soledad. Esta tendencia está asociada, entre otros hechos, a pérdida de contactos sociales, separación de los hijos y muerte del cónyuge, que ocasionan una pérdida o cambio de roles y que modifican el desempeño de ocupaciones (Leturia & Yanguas, 1998). En relación a la pérdida del cónyuge, esta situación produce una ruptura y cambio significativo en los roles y rutinas que se desempeñan diariamente, desequilibrio de su estado emocional y en sus vidas. En estas situaciones la familia aparece como el principal apoyo aportando protección, atención y cuidados en los procesos físicos y mentales que los adultos mayores atraviesan. Se ha encontrado que los adultos

mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos (Arias, 2009). Dentro de la familia se ha observado que el matrimonio constituye un apoyo fundamental, especialmente para los hombres, ya que estos además de presentar una menor red social, dependen de sus esposas en la realización de actividades (Pinquart & Sorensen, 2001).

Mella, González, D'appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz (2004), realizan una revisión relacionada con las definiciones existentes de apoyo social y resaltan algunas de ellas como son: 1) presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas (Caplan, 1974); 2) Información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren (Cobb, 1976), b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas; 3) la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas (House, 1981), y 4) el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con otros (Thoits, 1982).

Otros estudios muestran como la participación social se relaciona directamente con el bienestar, de manera que mantener relaciones sociales activas y el estar integrado en la familia, la comunidad, puede llevar a un sentimiento de satisfacción por cumplir papeles sociales importantes o a sentimientos de autoeficacia, control y competencia personal (Puga-González, Rosero-Bixby, Glaser & Castro Martín, 2007).

La literatura informa del efecto positivo de la integración social y de fuertes relaciones sociales sobre la salud en la población mayor (Mendes de León, Glass & Berkman, 2003; Avlund, Lund, Holstein, Due, Sakari-Rantala & Heikkinen, 2004; Zunzunegui, Alvarado, Ser & Otero, 2003; Otero, Zunzunegui, Beland, Rodríguez Laso & García de Yébenes, 2006; Puga González et al., 2007).

En cuanto a la participación en organizaciones, en las cuales se desarrollan actividades significativas, y su relación con el bienestar, existen múltiples estudios que lo avalan, otorgando a las actividades físicas (De Souto, 2014), sociales (Nielsen, Wikman, Jensen, Schmidt, Gliemann & Andersen, 2014) de participación en organizaciones y actividades de servicio a otros (Hammell, 2014), un rol importante en la relación con la percepción de bienestar.

Desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, Hammell (2014), plantea la importancia de incorporar el concepto de pertenecer (belong), en relación a la participación en ocupaciones significativas, reconociendo la vertiente social de las ocupaciones que tienen sentido para las personas, así el ser parte de un grupo social o compartir con amigos o familiares, o ayudar a otros, pasa a convertirse en lo significativo, más que la actividad que pueda realizarse con otros.

Desde esta perspectiva Levasseur, Richard, Gauvin & Raymond, (2010) exploraron el significado de las ocupaciones de participación social, identificando seis categorías de participación de los individuo con otros: 1) hacer una actividad para conectar con otros, 2) estar con otros, 3) interactuar con otros sin hacer una actividad específica con ellos, 4) hacer una actividad con otros, 5) ayudar a otros,

y 6) contribuir a la sociedad. Estos hallazgos, sugieren que la participación es indivisible tanto de la ocupación como de la pertenencia (Hammell, 2014).

Es evidente en la literatura que las ocupaciones pueden ser elegidas para hacer algo con otros, así como hacer para otros. La importancia de "estar con" otros, o como uno se dedica a "hacer" ocupaciones ha sido documentado por investigadores (Lawlor, 2003; Reed, Hocking & Smythe, 2010).

La ocupación hecha con otros da una sensación de conexión y es a través de esta conexión, que la ocupación viene a tener significado (Reed et al., 2010). Además, la gente puede elegir otras ocupaciones que no les gustan ni disfrutan, sólo para dar placer a otros o por la oportunidad de pasar tiempo con otros, ocupados en la ocupación compartida, concepto de co-ocupación (Hammel, 2014).

2.13. Contextualización de la situación en Chile

En estudios emanados desde el SENAMA, se ha intentado conocer con mayor profundidad los elementos que inciden en el envejecimiento de la población, así como su satisfacción o insatisfacción en esta etapa. La cuarta encuesta de inclusión y exclusión social (Thumala et al., 2015), menciona el impacto que ha tenido el aumento de la longevidad del adulto mayor en el país tanto desde una perspectiva económica, como personal en la propia autopercepción de los mayores. Cabe destacar que la jubilación en Chile se mantiene aún en 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. La Superintendencia de Pensiones y la Superintendencia de Valores y Seguros publicaron hace pocos meses las nuevas tablas de mortalidad, que deberían

usarse como referencia para calcular las pensiones por retiro programado de hombres y mujeres, así como los aportes adicionales para las pensiones de invalidez y sobrevivencia. De acuerdo a estos cálculos, en 2016 las mujeres afiliadas al sistema de pensiones que cumplan 60 años – y por lo tanto están en edad de jubilar–, vivirán en promedio 91,09 años. Esto quiere decir que muchas vivirán más allá de ese límite. En el caso de los hombres de 65 años, se calcula que su esperanza de vida en 2016 alcanzará los 85.6 años. Como referencia, cabe señalar que en el quinquenio 1970 – 1975, la esperanza de vida promedio en Chile era de 63.6 años. Por otro lado, las tasas de natalidad han disminuido, lo que refuerza el fenómeno de envejecimiento de la población. De acuerdo a lo anterior se presentan, entre otras cuestiones, diversas inquietudes, como por ejemplo, el modo en que el sistema previsional se hará cargo de proveer pensiones dignas a sus mayores, si es posible, puesto que la esperanza de vida es mayor, la posibilidad de mantener el vínculo laboral por más tiempo a los mayores que mantienen sus capacidades y habilidades para aportar a la sociedad y por último como se proyecta el mantenimiento de estándares de calidad de vida para los mayores desde el punto de su bienestar subjetivo.

También se ha hecho hincapié en la influencia de imaginarios colectivos en torno a la vejez y su impacto en los estilos de envejecimiento. Tomando en consideración este punto de vista, desde la perspectiva de la inclusión social, se constata que se debe seguir trabajando, desde el sector público y como sociedad, por romper los mitos, estereotipos y prejuicios que aún se mantienen sobre la vejez y en especial aquellos que asocian esta etapa a la inactividad, la enfermedad y la dependencia. El gran desafío cultural es ir construyendo nuevos

significados de la vejez que sean valorados socialmente, lo que supone también potenciar la corresponsabilidad de las personas mayores como sujetos activos capaces de empoderarse de su creciente influencia política, económica y social (Thumala et al., 2015).

Por otra parte el SENAMA, con apoyo de la Universidad Católica de Chile realizó una Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (SENAMA, 2013), permitiendo comparar la evolución en los años 2007, 2010 y 2013. De acuerdo a ésta, se observa un alza sostenida de la percepción de bienestar entre 2007 y 2013, pasando respectivamente de un 56% de personas mayores que expresaron sentirse muy satisfechos con su vida a un 63%. Las necesidades de “alimentación”, “vivienda” y “de afecto y cariño” son las que presentan mayor satisfacción. Por otra parte, las principales preocupaciones se mantienen desde el 2007, correspondiendo especialmente a: “que fallezca un familiar querido”, “tener que depender de otras personas” y “enfermarse gravemente”. En cuanto a los síntomas depresivos, destaca la disminución de personas mayores que indican “preferir quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas”, que pasa de un 60% el 2010, a un 54% en 2013. Finalmente, con respecto a la sensación de aislamiento social, el 25% de las personas mayores encuestadas sostienen que se sienten “excluido(a) o dejado(a) de lado por los demás” y “aislado(a) de los demás”, a la vez, que un 40% siente “que le falta compañía”. Esta percepción de aislamiento es mayor entre las personas con menor nivel educativo. Sin embargo, contrario a lo que se podría pensar, no se aprecian diferencias entre hombres y mujeres ni tampoco por edad, en relación a esta sensación de exclusión social.

Dentro de las conclusiones de éste estudio, "*Chile y sus mayores*" (SENAMA, 2013), se plantea que contar con más educación no sólo se asocia con mayores ingresos en la vejez, sino también con tener más habilidades psicosociales y cognitivas para enfrentar los principales cambios que ocurren en esta etapa vital. La educación se asocia también con tener mejores hábitos y conductas que se asocian con un envejecimiento más activo y saludable, por ejemplo, con más realización de actividad física y mayor participación en actividades.

También corrobora transversalmente que las actividades que mayormente impactan positivamente en el bienestar, son salir de casa y leer; además de mantener buenas relaciones sociales, reunirse regularmente con familiares o amistades y tener un clima familiar favorable. El bienestar puede aumentar cuando se realizan actividades significativas, (salir, leer, reunirse con familiares o amigos) o cuando aumenta la frecuencia de éstas.

Como se puede observar de éstos estudios masivos realizados en Chile, en ambos se destaca la participación en ocupaciones significativas y sociales de los adultos mayores, se aprecia un aumento leve de la percepción de bienestar en un lapso de 6 años, se observan diferencias importantes entre la población educada y desigualdades socioeconómicas significativas.

En este sentido la participación o compromiso en organizaciones sociales, que en las últimas décadas, en Chile, ha sido altamente propulsada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), y resulta ser una importante herramienta de promoción de la salud y la calidad de vida. El planteamiento último

de la OMS (2015), incorpora la necesidad de conocer los intereses particulares de las personas para su participación en actividades y la necesidad de plantear propuestas distintas e innovadoras que consideren la diversidad en las personas y los procesos de envejecimiento, comparado con años anteriores en que se prestaba mayor atención sólo al estar activo física y mentalmente.

Desde la mirada de la Ciencia de la Ocupación y la Terapia Ocupacional la participación en ocupaciones significativas, permite a las personas reconocer y desarrollar sus potenciales, mantener niveles de activación física y mental, mejorar su autoestima a través de la sensación de autoeficacia y desarrollar su autonomía e interacción social (Schell, Gillen, Scaffa & Cohn, 2013).

Actualmente se ha logrado posicionar la importancia de participar en ocupaciones, asignándole un valor y relación con el bienestar, especialmente en el área del adulto mayor, sin embargo las características de la ocupación o qué tipo de actividades se ofertan a la comunidad no es un tema irrelevante, ya que la asociación de estas ocupaciones con el bienestar se relaciona con la significancia que esta tiene para las personas. Desde esta perspectiva algunos autores han desarrollado el concepto de justicia ocupacional que plantea que cada persona es diferente y por lo tanto tiene necesidades ocupacionales diferentes y tiene el derecho de desarrollar su potencial y capacidades a través de ocupaciones que le sean significativas, favorezcan su salud y desarrollo personal (Townsend & Wilcock, 2004).

En general los estudios revisados presentan resultados diferentes, emplean también metodologías diferentes y mayoritariamente presentan resultados de

población urbana. No se han encontrado estudios previos de similares características ni que hayan relacionado el bienestar con la participación en ocupaciones a través de grupos o asociaciones en población mayor en la región de Magallanes y Antártica chilena, siendo esta región una de las más envejecidas de Chile.

Capítulo 3. Justificación y Objetivos

3. Justificación y objetivos

Justificación

El envejecimiento poblacional y particularmente la longevidad son una realidad que se ha instalado a nivel global. Una de las consecuencias ha sido la preocupación de los estados y organizaciones internacionales por esta realidad y la consecuente puesta en marcha de planes de promoción de un envejecimiento saludable y activo, orientados a mejorar la calidad de vida de los mayores (OMS, 2015). Diversos estudios, han constatado la existencia de una relación importante entre participación social y participación en ocupaciones significativas con el bienestar, en el adulto mayor.

No se han encontrado estudios previos que vinculen bienestar con participación social en ocupaciones en mayores en la región de Magallanes, siendo esta región una de las más envejecidas de Chile y, por tanto, de interés para la evaluación de esta dimensión.

Desde la perspectiva de Terapia Ocupacional, una buena gestión y uso del tiempo libre (Chilvers et al., 2010; Liddle et al., 2012), así como la promoción y compromiso en ocupaciones significativas son estrategias que proporcionan salud y favorecen el bienestar personal (Wilcock, 2005). Investigaciones cualitativas han vinculado la participación en ocupaciones con un mayor bienestar, a través del mantenimiento de la autonomía y las capacidades, y del significado que le conceden los participantes a la ocupación de acuerdo con sus características particulares (Clark et al., 1997; Chilvers et al., 2010; Liddle et al., 2012). En este

sentido, la adaptación ocupacional se ha postulado, no sólo como una reacción a situaciones adversas (Cahill, Connolly & Stapleton, 2010; Klinger, 2005; Parson & Stanley, 2008; Williams & Murray, 2013), sino como una estrategia cotidiana consciente para avanzar en las opciones ocupacionales, reforzando así el concepto de sí mismo y favoreciendo el bienestar .

Sin embargo, hasta ahora, existen pocos estudios donde se especifique de manera concreta, cuáles son las manifestaciones de este proceso de adaptación ocupacional en el adulto mayor (Nayar & Stanley, 2015) y cómo los factores de la persona, el ambiente y la ocupación influyen en este proceso.

Chile es el país con mayor esperanza de vida de la región de América (OMS, 2015) y, dentro del mismo, la región de Magallanes y Antártica chilena es una de las que presenta mayor índice de envejecimiento en el país (CASEN, 2013). Las condiciones climáticas y geográficas, hacen de esta región una zona extrema (Arenas-Vásquez, Aliaga-Bustos, Marchant-Santiago & Sánchez-Acuña, 2005; Molina, 2011), por lo que estudiar la adaptación ocupacional del adulto mayor en esta región es muy pertinente y de sumo interés.

Objetivos e hipótesis

Objetivo general 1

Estudiar los factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en una muestra de adultos mayores entre 60 y 89 años de la región de Magallanes, Chile.

Hipótesis 1

Las personas adultos mayores que participan en grupos o en organizaciones sociales presentan una mejor percepción de bienestar psicológico que quienes no lo hacen.

Objetivo general 2

Estudiar la relación que existe entre personas con puntuaciones altas y bajas en percepción de bienestar psicológico y su participación en ocupaciones significativas, a partir del discurso de un colectivo de adultos mayores de la región de Magallanes, Chile.

Hipótesis 2

Las personas que realizan ocupaciones significativas presentan mayores índices de bienestar psicológico y satisfacción que quienes no se involucran en actividades.

Hipótesis 3

Las personas con mayores índices de bienestar psicológico presentaran procesos de adaptación ocupacional exitosos, reconstrucción de identidad

ocupacional positiva, sentido de eficacia a través de su competencia ocupacional y un fuerte componente de significado personal en las ocupaciones con las que se han comprometido.

Capítulo 4: Estudio 1-Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile.

Palma-Candia, O., Hueso-Montoro, C., Ortega-Valdivieso, A., Montoya-Juárez, R. & Cruz-Quintana, F. (2016). *Revista Médica de Chile*, 144:1287-1296.

4. Estudio 1- Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile.

4.1 Introducción

El envejecimiento genera gran interés debido al aumento de personas mayores a nivel mundial y específicamente en países en desarrollo (Palloni et al., 2006). La investigación gerontológica enfatiza aspectos relacionados con pérdidas y debilidades en el funcionamiento biológico, psicológico y social. Sin embargo, investigaciones actuales muestran que la felicidad y el bienestar psicológico son fundamentales en la salud del adulto mayor (Ramírez, Ortega, Chamorro & Colmenero, 2014).

En Chile, según la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (MDS, 2011), la región de Magallanes, obtuvo la mayor tasa de adultos mayores en relación a la población total. En 2013, había 25.087, un 16,7% de la población regional (CASEN 2013)(MDS, 2015).

Según Urzúa & Navarrete (2013), los estudios del adulto mayor, en Chile, se han orientado principalmente a calidad de vida y descripción de factores vinculados abordando temáticas como influencia de la vivienda (Torres, Quezada, Rioseco & Ducci, 2008), análisis de percepciones, creencias, evaluaciones en semivalentes (Osorio, Torrejón, Meersohn & Anigstein, 2011) y comportamiento psicométrico de escalas en población específica (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco & Bunout, 2011). Los resultados han aportado al desarrollo de programas políticas públicas (SENAMA, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), favorece el desarrollo de políticas sociales y estilos de vida que promuevan un envejecimiento sano, saludable y activo.

Sin embargo, un envejecimiento exitoso depende de múltiples factores, constituyendo, la evaluación que realiza la persona del proceso de envejecimiento en relación a sus expectativas, una variable fundamental en la percepción del bienestar (Fontes & Neri, 2015; Martín et al., 2015).

Investigaciones sobre el bienestar psicológico se orientan al desarrollo de capacidades y crecimiento personal, como indicadores del funcionamiento positivo (Páez, 2008). El bienestar supone una medida personal de calidad de vida, existiendo instrumentos para su evaluación, como la Escala de Evaluación del Bienestar psicológico de Ryff (Díaz et al., 2006). También se plantea que la satisfacción general, felicidad y crecimiento personal no se producen al margen de las condiciones sociales de las personas (Blanco & Díaz, 2005). Ambas tienen relación con el bienestar y la salud física y mental (Cabañero et al., 2004).

En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), impulsa la participación en organizaciones como herramienta de promoción de salud y calidad de vida (SENAMA, 2015; Hammell, 2014). Desde la perspectiva de Terapia Ocupacional, una buena gestión y uso del tiempo libre (Chilvers et al., 2010; Liddle et al., 2012), así como la promoción y compromiso en ocupaciones significativas son estrategias que proporcionan salud y favorecen el bienestar personal (Wilcock, 2005).

Estudios realizados internacionalmente muestran en Reino Unido y Estados Unidos una relación en forma de U para variables edad y bienestar, es decir a

mayor edad mayor bienestar, mientras que en Antigua Unión Soviética, Europa Oriental y Latinoamérica la relación sería inversa (Stepoe et al., 2015). Hay estudios que reportan medidas más bajas en percepción de bienestar en mujeres mayores que en hombres (Pinquart & Sorensen, 2001) y otros donde esas diferencias no son significativas (Carmel, 2012). Otros relacionan bienestar con conservar buena relación de pareja (Margelisch, Schneewind, Violette & Perrig-Chiello, 2015). En cuanto a participación en organizaciones donde se desarrollan actividades significativas, existen estudios que otorgan un rol importante en la percepción de bienestar a participar en actividades físicas (De Souto Barreto, 2014) y/o sociales (Nielsen et al., 2014) y otros a participar en organizaciones comunitarias y de servicio a terceros (Hammell, 2014; Rioseco, Quezada, Ducci & Torres, 2008). Las actividades sociales mejoran el bienestar en la vejez, tanto las relacionadas con la familia, como con amistades, y estas últimas pueden amortiguar los efectos negativos del envejecimiento (Huxhold, Miche & Schuz, 2014). Algunos autores plantean que los mayores realizan menos actividades sociales, tienden a tener una red social más pequeña, mayor riesgo de aislamiento social, soledad y reducidas posibilidades de estar más activo, física y mentalmente. Las redes sociales pueden ofrecer apoyo instrumental y emocional (Van den Berg, Kemperman, De Kleijn & Borgers, 2015), favoreciendo la salud y el bienestar.

En Latinoamérica estudios con mayores encontraron que en Colombia ser mujer y tener mayores niveles de escolaridad se asoció a mayor satisfacción (Herrera, López & Pérez, 2012). En México se encontró relación predictiva positiva entre participación en actividades sociales y escolaridad con bienestar, pero no

con estado civil y edad (Carmona-Valdés & Ribeiro-Ferreira, 2010). En Chile estudios con Escala de Ryff encontraron mayor nivel de satisfacción en hombres y personas con pareja (Vivaldi & Barra, 2012), mientras en población española y dominicana, relación negativa entre edad y bienestar; positiva al estar con pareja y relación de mayor escolaridad con mayor satisfacción (Tómas, Germes, Pardo, Moral & Sena, 2009). No se han encontrado estudios previos de similares características o relacionados, que vinculen bienestar con participación social en ocupaciones en mayores en la región de Magallanes, siendo esta región una de las más envejecidas de Chile y, por tanto, de interés para la evaluación de esta dimensión.

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de bienestar psicológico de personas mayores de una región extrema de Chile y establecer su correlación con variables sociodemográficas y de participación en organizaciones.

4.2. Método

Participantes

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal correlacional e inferencial en el cual participaron 101 personas adultos mayores entre 60 y 89 años, 43 hombres, 58 mujeres.

Los criterios de inclusión fueron tener más de 60 años, aceptar participar en el estudio y no tener deterioro cognitivo visible, es decir demostrar coherencia en la conversación, comprensión de instrucciones y ser capaz de responder preguntas simples. Se empleó muestreo por conveniencia.

Instrumentos

Encuesta sociodemográfica, considerando edad, actividad laboral, escolaridad, estado civil, con quién vive, situación de salud, participación en organizaciones, incluyendo tipo, número en las que participa y si ejerce o no dirección de las mismas. Para la evaluación del bienestar se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989, adaptada por Van Dierendonck, Abarca, Díaz, Jiménez, Gallardo, Valle & Carvajal, 2006 y traducida al español por Díaz et al., 2006). Esta escala consta de 39 preguntas y mide seis dimensiones del bienestar psicológico (Tabla 1). Las repuestas se clasifican mediante una escala Likert de 6 puntos, desde 1 (completamente de acuerdo) a 6 (completamente en desacuerdo). El puntaje total oscila entre 39 y 234 puntos, a mayor puntuación mejor bienestar. Esta escala mostró buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre 0,83 (Autoaceptación) y 0,68 (crecimiento personal) (Díaz et al., 2006).

En Chile existen estudios que han utilizado la Escala de Ryff, con distintos formatos; la versión en español de 39 ítems (Véliz, 2012; Gallardo Cuadra & Moyano-Díaz, 2012) en adolescentes y mayores (Vivaldi & Barra, 2012) y otros que utilizaron la versión abreviada de 29 ítems (Vera- Villarroel et al., 2013; Chitgian-Urzúa et al., 2013), en distintos grupos de edad, considerando la clasificación de las respuestas de 1 a 5 ó 6.

Tabla 1. Dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff²⁴.

Dimensión	Descripción	α de Cronbach
Autoaceptación	Evaluación positiva de uno mismo y la vida pasada.	0,83
Crecimiento personal	Sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona.	0,68
Propósito en la vida	Creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado.	0,83
Relaciones positivas con otros	Desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y confianza con otros.	0,81
Dominio del entorno	Capacidad de dirigir efectivamente la propia vida y ambiente para satisfacer necesidades y deseos.	0,71
Autonomía	Sentido de autodeterminación personal.	0,73

Procedimientos

Para acceder a la muestra, se contó con apoyo de la oficina regional del SENAMA. En sus organizaciones se solicitó permiso para asistir a reuniones, informándose del estudio e invitando a participar voluntariamente. Otro grupo de personas fueron contactadas directamente o a sugerencia de otros encuestados, de acuerdo a técnica de muestreo tipo “bola de nieve” (Goodman, 1961; Urzúa, Heredia & Caqueo-Urizar, 2016). Los interesados recibieron información escrita del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Las entrevistas se realizaron en las organizaciones o bien en sus lugares de trabajo o domicilio, aplicando la encuesta sociodemográfica y la escala Ryff. Los datos fueron recogidos por la investigadora principal, con ayuda de tres encuestadores, quienes recibieron instrucciones precisas para la aplicación de los instrumentos.

Consideraciones éticas

El estudio respetó consideraciones éticas de acuerdo a normas internacionales. Los datos fueron tratados con máxima confidencialidad conforme a Ley Orgánica 19.628 de Protección de Datos, vigente en Chile. El proyecto fue aprobado por los Comités Éticos de Investigación de la Universidad de Granada (España) y la Universidad de Magallanes (Chile).

Análisis

Para analizar los datos se empleó el programa estadístico SPSS Statistics 19. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas, media y desviación típica para variables cuantitativas. Se realizó análisis exploratorio de puntuación total y por dimensiones de la escala de bienestar, en base a variables sociodemográficas principales y de participación en organizaciones sociales. Para determinar diferencias significativas, se realizaron análisis inferenciales mediante pruebas de contraste de hipótesis. En primer lugar, se descartó normalidad de distribución de los datos mediante el test de Kolmogorov Smirnov & Shapiro Wilk, optándose por emplear pruebas de contraste de hipótesis no paramétricas (Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y análisis de correlación de Spearman.

Se diseñaron varios modelos de regresión lineal múltiple para analizar la relación entre las características sociodemográficas y de participación de los sujetos en relación a la puntuación de la escala Ryff. Concretamente se hizo un modelo para la puntuación total de la escala y uno por cada dimensión. Se incluyeron como factores aquellas variables que generaron diferencias

estadísticamente significativas en el análisis bivariante o bien porque conceptualmente se consideraron relevantes a la luz de la bibliografía revisada. Además se tuvo en cuenta el tamaño muestral para obtener un mínimo de 15 observaciones por variable incluida en el modelo, tal y como se recomienda en análisis multivariante. Las variables incluidas fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, dirigir organizaciones, con quién vive el sujeto y número de organizaciones en las que participa. Se modificaron las categorías de las variables “escolaridad” y “con quién vive” en base a los resultados obtenidos en el análisis previo. Para cada modelo se comprobaron las condiciones de ajuste y se realizaron las correspondientes modificaciones en caso de no cumplirse alguna de estas condiciones.

4.3 Resultados

De los datos sociodemográficos (tabla 2) destacamos que los sujetos presentaron edades entre 60 y 88 años, 43 hombres (42,6%) y 58 mujeres (57,4%).

La media de puntuación total de escala Ryff fue 193,70 puntos (D.t.=19,996). Sin outliers (eliminados 3 sujetos para ajuste de modelo multivariante con puntuación total de la escala), la media fue de 194.69 (D.t.=19.292).

Por dimensiones la puntuación media fue: auto aceptación 5,12 (D.t.=,650); relaciones positivas 4,50 (D.t.=,988); autonomía 4,87 (D.t.=,779); dominio del entorno 5,26 (D.t.=,622); crecimiento personal 4,70 (D.t.=,759); propósito de vida 5,40 (D.t.=,591).

Tabla 2. Datos sociodemográficos y de participación social

Variables		Media	Desviación típica
Edad		72,08	7,23
Número de organizaciones		1,52	1,25
Variables	Modalidades	N (101)	Porcentaje (%)
Sexo	Hombre	43	42,6
	Mujer	58	57,4
Estado Civil	Casado/a	56	55,4
	Separado/a	4	4
	Soltero/a	8	7,9
	Viudo/a	33	32,7
Situación ocupacional	Jubilado	23	22,8
	Labores del Hogar	45	44,6
	Activo	33	32,7
Vive con	1 o más familiares	17	16,8
	Cónyuge y otros familiares	23	22,8
	Pareja	38	37,6
	Solo/a	23	22,8
Participación social	Actividades comunitarias	19	18,8
	Grupos de Baile, Arte o Deportes	16	15,8
	Grupos sociales	46	45,5
	No participa	20	19,8
Dirige Organizaciones	Si	11	10,9
	No	90	89,1
Pertenenencia al lugar	Originarios	45	44,6
	No originarios, asentados en la Ciudad	56	55,4
Escolaridad	Cine 1 (hasta 6° básico)	28	27,7
	Cine 2 (entre 6° básico y técnico nivel inferior)	35	34,7
	Cine 3 (educación media y técnico nivel superior)	20	19,8
	Cine 6 (superior y post título)	15	14,9
	Sin escolarizar	3	3
Presenta enfermedades	Sí	73	72,3
	No	28	27,7

Las tablas 3 y 4 muestran resultados por dimensiones, comparados con variables sociodemográficas y de participación social. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en crecimiento personal en relación a escolaridad ($p=,011$). Estas diferencias se observan entre el grupo de estudios superiores y el resto de grupos con algún nivel de estudio, apreciándose la tendencia a mayor

nivel de educación mayor puntaje en la escala. En cuanto al tipo de participación social, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones relaciones positivas ($p=,030$) y crecimiento personal ($p=,009$). Las diferencias entre grupos se muestran en la tabla 4, presentando mayores puntuaciones quienes participan versus los que no participan en actividades comunitarias o sociales. Dirigir o no organizaciones se relaciona significativamente con la dimensión crecimiento personal ($p=,011$), presentando puntajes más altos quienes son dirigentes comunitarios; mientras que en la dimensión autonomía se obtiene diferencias significativas en función de con quien vive ($p=,015$), observándose que las diferencias se establecen entre los sujetos que viven con 1 o más familiares respecto al resto de grupos, destacando así los puntajes más altos de la escala en quienes viven solos.

Tabla 3. Comparación escala de Bienestar Ryff con variables sociodemográficas.

VARIABLE	Autoaceptación	R.positivas	Autonomía	D.Entorno	C.personal	P. vida	Ryff tot.
	Media (D.t)	Media (D.t)	Media (D.t)	Media (D.t)	Media (D.t)	Media (D.t)	Media (D.t)
SEXO							
Hombre	5,06 (,642)	4,54 (,989)	4,98 (,707)	5,27 (,581)	4,68 (,713)	5,39 (,552)	194,33 (19,092)
Mujer	5,16 (,658)	4,47 (,995)	4,79 (,825)	5,26 (,655)	4,71 (,797)	5,40 (,623)	193,24 (20,794)
p	,420	,744	,304	,934	,899	,608	,869
ESTADO CIVIL							
Casado/a	5,13 (,635)	4,56 (1,04)	4,88 (,746)	5,29 (,580)	4,65 (,720)	5,35 (,638)	193,68 (18,319)
Separado/a	5,00 (,359)	5,25 (1,099)	5,22 (,255)	5,20 (,628)	5,53 (,455)	5,54 (,369)	206,50 (12,234)
Soltero/a	5,37 (,706)	4,54 (,995)	4,87 (1,007)	5,47 (,559)	4,53 (,469)	5,37 (,556)	195,38 (22,37)
Viudo/a	5,07 (,697)	4,30 (,842)	4,81 (,832)	5,17 (,710)	4,72 (,863)	5,48 (,544)	191,79 (22,898)
p	,627	,283	,829	,814	,170	,758	,493

SIT.LABORAL							
Jubilado	5,08 (,716)	4,77 (,936)	5,11 (,620)	5,18 (,518)	4,74 (,791)	5,34 (,729)	196,43 (18,908)
Labores del Hogar	5,15 (,634)	4,44 (1,018)	470 (,843)	5,27 (,670)	4,67 (,766)	5,44 (,554)	192,27 (21,232)
Activo	5,11 (,642)	4,39 (,975)	494 (,749)	5,30 (,633)	4,70 (,750)	5,39 (,546)	193,76 (19,381)
p	,941	,295	,138	,589	,923	,869	,733
ESCOLARIDAD							
Hasta 6° básico	5,02 (,712)	4,23 (1,069)	4,85 (,831)	5,28 (,676)	4,35 (,692)	5,30 (,691)	188,50 (19,292)
Entre 6° básico y técnico nivel inferior	5,19 (,701)	4,56 (,975)	4,88 (,755)	5,27 (,570)	4,73 (,708)	5,42 (,599)	194,91 (21,872)
EM y téc. nivel superior	4,95 (,490)	4,84 (,797)	4,70 (,680)	5,16 (,550)	4,68 (,762)	5,33 (,540)	192,15 (13,496)
Superior y post título	5,30 (,512)	4,41 (1,091)	5,13 (,888)	5,45 (,578)	5,30 (,729)	5,363 (,399)	203 (21,564)
Sin escolarizar	5,44 (,964)	4,40 (,763)	4,83 (,753)	4,77 (1,295)	4,71 (,376)	5,33 (,665)	192 (27,731)
p	,258	,279	,480	,632	,011*	,467	,186

* Al aplicar la prueba de Mann-Whitney entre grupos, se observan diferencias significativas entre: "Superior y post título" y "Hasta 6° básico" (p=,001); "Superior y post título" y "Entre 6° básico y técnico nivel inferior" (p=,016); "Superior y post título" y "EM y téc. nivel superior" (p=,028)

Tabla 4. Comparación Escala Ryff de bienestar con participación y otras variables

VARIABLE	Autoaceptación	R.positivas	Autonomía	D.Entorno	C.personal	P.vida	Ryff tot.
	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
	(D.t)	(D.t)	(D.t)	(D.t)	(D.t)	(D.t)	(D.t)
TIPO DE PARTICIPACIÓN							
Actividades comunitarias	5,21 (,525)	4,93 (,901)	5,04 (,695)	5,44 (,464)	4,74 (,720)	5,46 (,564)	199,84 (18,836)
Grupos de Baile, Arte o Deportes	5,09 (,611)	4,87 (,998)	4,86 (,634)	5,19 (,801)	5,09 (,612)	5,52 (,498)	198,63 (21,41)
Grupos sociales	5,12 (,671)	4,26 (,984)	4,79 (,839)	5,31 (,612)	4,75 (,793)	5,41 (,553)	192,33 (20,480)
No participa	5,07 (,769)	4,34 (,910)	4,92 (,836)	5,04 (,584)	4,22 (,620)	5,22 (,757)	187,10 (17,450)
p	,963	,030*	,725	,208	,009†	,579	,132
DIRIGE ORGANIZACIONES							
Dirigente	5,36 (,440)	4,78 (1,054)	5,08 (,790)	5,37 (,526)	5,22 (,882)	5,63 (,314)	204,18 (19,828)
No Dirigente	5,09 (,667)	4,46 (,980)	4,85 (,778)	5,25 (,634)	4,63 (,723)	5,37 (,611)	192,42 (19,745)
p	,264	,273	,391	,613	,011‡	,229	,071

PERTENENCIA A LA CIUDAD							
Originarios	5,17 (,670)	4,51 (,999)	4,85 (,786)	5,21 (,610)	4,74 (,737)	5,34 (,619)	193,56 (18,223)
Asentados en la Ciudad	5,08 (,637)	4,49 (,988)	4,89 (,779)	5,30 (,633)	4,66 (,781)	5,44 (,568)	193,82 (21,478)
p	,455	,932	,712	,377	,405	,401	,926
CON QUIEN VIVE							
1 o más familiares	4,92 (,615)	4,20 (,769)	4,31 (,806)	5,12 (,570)	4,52 (,587)	5,34 (,487)	183,76 (17,279)
Cónyuge y otros familiares	4,90 (,732)	4,86 (,922)	4,85 (,643)	5,28 (,629)	4,72 (,718)	5,24 (,693)	193,65 (19,688)
Pareja	5,32 (,483)	4,37 (1,070)	4,97 (,772)	5,36 (,561)	4,69 (,794)	5,47 (,586)	195,92 (17,084)
Solo/a	5,17 (,752)	4,57 (,997)	5,13 (,732)	5,18 (,746)	4,83 (,864)	5,48 (,559)	197,43 (24,951)
p	,056	,142	,015**	,589	,589	,311	,109
PRESENCIA ENFERMEDAD							
Con enfermedad	5,16 (,631)	4,53 (,997)	4,87 (,743)	5,25 (,623)	4,67 (,772)	5,47 (,522)	194,29 (19,358)
Sin Enfermedad	5,02 (,699)	4,41 (,977)	4,87 (,880)	5,29 (,629)	4,76 (,733)	5,22 (,722)	192,18 (21,870)
p	,439	,518	,820	,774	,879	,107	,710

*Al aplicar la prueba de Mann-Whitney entre grupos, se observan diferencias significativas entre: "Actividades comunitarias" y "Grupos sociales" (p=,019); "Actividades comunitarias" y "No participa"(p=,041); "Grupos de Baile, Arte o Deportes" y "Grupos sociales" (p=,040)

† Al aplicar la prueba de Mann-Whitney entre grupos, se observan diferencias significativas entre: "No participa" y "Actividades comunitarias" (p=,028); "No participa" y "Grupos de Baile, Arte o Deportes" (p<,001); "No participa" y "Grupos sociales" (p=,022)

‡ Significativo al ,05

** Al aplicar la prueba de Mann-Whitney entre grupos, se observan diferencias significativas entre: "1 o más familiares" y "Cónyuge y otros familiares" (p=,039); "1 o más familiares" y "Pareja" (p=,009); "1 o más familiares" y "Solo" (p=,003)

Los resultados del análisis de correlación muestran asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión crecimiento personal y edad, siendo esta inversamente proporcional, pero con un valor de coeficiente bajo (R=-,2012;p=,042). También se halló asociación significativa entre número de organizaciones con dominio del entorno (R=,292; p=,003), crecimiento personal (R=,389; p<,001) y propósito en la vida (R=,324;p=,001); en todos los casos se muestra una asociación directamente proporcional pero también con coeficientes bajos. Para puntuación total de la escala, se encuentra asociación

estadísticamente significativa en función del número de organizaciones, siendo directamente proporcional pero, con valores bajos en el coeficiente de correlación ($R=,307;p=,002$) (tabla 5).

Tabla 5. Análisis de correlación

Variable	Autoaceptación	R.positivas	Autonomía	D.Entorno	C.personal	P. vida	Ryff tot.
Edad							
C. de correlación	,006	-,155	-,008	,010	-,202*	,023	-,103
Sig.(bilateral)	,955	,123	,938	,919	,042	,820	,307
N	101	101	101	101	101	101	101
Nº Organizaciones							
C. de correlación	,146	,192	,009	,292**	,389**	,324**	,307**
Sig.(bilateral)	,145	,055	,928	,003	,000	,001	,002
N	101	101	101	101	101	101	101

* Significativo al ,05

** Significativo al ,001

La tabla 6 muestra los datos descriptivos de las puntuaciones de la escala y sus dimensiones para las variables escolaridad y vive con, una vez realizadas las modificaciones para el análisis multivariante.

Tabla 6. Puntuación total de la escala Ryff y sus dimensiones para variables *Escolaridad* y *Vive con* modificadas.

VARIABLE	Autoacep Media (D.t)	Relac.pos Media (D.t)	Autonom Media (D.t)	Domi.Ent Media (D.t)	Crecim Media (D.t)	Prop. Media (D.t)	Ryff* Media (D.t)
Cualitativas							
Escolaridad							
Sin escolariz. o básico	5.06 (0.731)	4.26 (1.036)	4.85 (0.812)	5.23 (0.740)	4.38 (0.672)	5.31 (0.678)	191.44 (17.481)
Medio o Superior	5.10 (0.638)	4.66 (0.917)	4.81 (0.727)	5.23 (0.560)	4.71 (0.721)	5.39 (0.575)	194.12 (19.268)
Superior post título	5.30 (0.512)	4.41 (1.091)	5.13 (0.888)	5.45 (0.578)	5.30 (0.729)	5.63 (0.399)	203.00 (21.563)
Vive con							
1 o más familiares	4.92 (0.615)	4.20 (0.769)	4.31 (0.806)	5.12 (0.570)	4.52 (0.587)	5.34 (0.487)	183.76 (17.279)
Pareja y familia	5.16 (0.618)	4.56 (1.036)	4.93 (0.723)	5.33 (0.584)	4.70 (0.760)	5.39 (0.633)	195.28 (18.051)
Solo	5.17 (0.753)	4.57 (0.997)	5.13 (0.732)	5.18 (0.746)	4.83 (0.864)	5.48 (0.559)	201.857 (21.178)

*Datos excluyendo outliers (3 sujetos) para ajuste de modelo multivariante con puntuación total de la escala

Las variables incluidas en el modelo generado para la puntuación total de la escala (tabla 7), explicaron un 19% de la variabilidad. La variable vive con y

número de organizaciones en las que participa, se comportaron como variables significativas ($p=0.041$ y $p<0.001$, respectivamente). Así, el modelo pone de relieve que ajustando por el resto de variables, vivir solo aumenta en 14.6 puntos la puntuación de la escala respecto a vivir con 1 o más familiares, y que por cada organización en la que se participa se aumenta en 6 puntos la puntuación de la escala. En cuanto al sexo, no se obtuvo un valor de p significativo, pero sí indicios de significación ($p=0.07$), lo que indica que habría que ampliar la muestra y repetir el test (Martín & Luna, 1999). En base al coeficiente obtenido, el modelo predice una reducción de 8.2 puntos en la puntuación de la escala en las mujeres respecto a los hombres.

Tabla 7. Modelo de regresión lineal para Ryff total.

Modelo	Coficiente	Error estándar	T	p	FIV*
Constante	196.635	24.313	8.087	< 0.001	
Sexo					
Hombre	Referencia				1.644
Mujer	-8.275	4.557	1.816	0.072	
Escolaridad					
Sin escolarizar o básico	Referencia				1.240
Técnico Medio o Superior	0.726	4.261	0.171	0.864	
Técnico Superior y post título	8.241	5.896	1.398	0.165	
Dirige organizaciones					
Sí	Referencia				1.103
No	-6.624	6.060	1.093	0.277	
Vive con[±]					
1 o más familiares	Referencia				1.581
Pareja y familiares	6.674	5.597	1.192	0.236	
Solo	14.633	5.786	2.529	0.013	
Edad	-0.124	0.286	0.433	0.665	1.396
Número organizaciones participa	6.001	1.653	3.630	< 0.001	1.247

Nota. Resumen del modelo y condiciones de ajuste: $F=3.969$; Error estándar = 17.29; $p < 0.001$; $R^2 = 0.26$; R^2 ajustada = 0.19; Linealidad de las variables independientes cuantitativas verificada mediante gráfica de la variable agregada; Ausencia de colinealidad verificada con Factor de Inflación de la Varianza (*); Normalidad de los errores: Test de Shapiro-Wilk con valor de $p= 0.127$; Homocedasticidad: test de Breusch-Pagan con valor de $p = 0.171$. El modelo se ajustó en el criterio de normalidad de los errores tras eliminar outliers (3 sujetos) detectados tras realización de gráfico QQ-plot.

[±] Valor de p global para "vive con": 0.041 (calculado mediante comparación de modelos con y sin esta variable)

En la dimensión Auto aceptación, se obtuvo un modelo ajustado pero con coeficientes de determinación muy bajos, por debajo de un 10% (tabla 8).

Tabla 8 . Modelo de regresión lineal para Ryff dimensión: Auto aceptación

Modelo	Coefficiente	Error estándar	T	P	FIV*
Constante	4.058	0.907	4.473	<0.001	
Sexo					
Hombre	Referencia				1.577
Mujer	0.210	0.163	1.285	0.202	
Escolaridad					
Sin escolarizar o básico	Referencia				1.248
Técnico Medio o Superior	-0.008	0.156	0.053	0.957	
Técnico Superior y post título	0.252	0.218	1.157	0.250	
Dirige organizaciones					
Sí	Referencia				1.172
No	-0.240	0.223	1.076	0.284	
Vive con					
1 o más familiares	Referencia				1.524
Pareja y familiares	0.380	0.209	1.822	0.071	
Solo	0.272	0.211	1.288	0.200	
Edad	0.010	0.010	0.979	0.330	1.426
Número organizaciones participa	0.053	0.057	0.923	0.358	1.244

Nota. Resumen del modelo y condiciones de ajuste: F=1.123; Error estándar =0.647; p =0.35; R² =0.08; R² ajustada =0.009; Linealidad de las variables independientes cuantitativas verificada mediante gráfica de la variable agregada; Ausencia de colinealidad verificada con Factor de Inflación de la Varianza (*); Normalidad de los errores: Test de Shapiro-Wilk con valor de p = 0.066; Homocedasticidad: test de Breusch-Pagan con valor de p = 0.109.

En la dimensión Relaciones positivas (tabla 9), los factores explicaron el 11% de la variabilidad en la puntuación final de esta dimensión, apareciendo como significativa la variable número de organizaciones en las que participa (p=0.022). En este caso, la puntuación se incrementa en 0.19 puntos por cada organización en la que se participa.

Tabla 9. Modelo de regresión lineal para Ryff dimensión: Relaciones positivas

Modelo	Coefficiente	Error estándar	T	P	FIV*
Constante	5.683	1.357	4.186	<0.001	
Sexo					
Hombre	Referencia				1.577
Mujer	-0.315	0.244	1.288	0.201	
Escolaridad					
Sin escolarizar o básico	Referencia				1.248
Técnico Medio o Superior	0.308	0.234	1.318	0.190	
Técnico Superior y post título	-0.035	0.326	0.109	0.913	
Dirige organizaciones					
Sí	Referencia				1.172
No	0.045	0.335	0.135	0.892	
Vive con					
1 o más familiares	Referencia				1.524
Pareja y familiares	0.057	0.312	0.185	0.853	
Solo	0.183	0.316	0.581	0.562	
Edad	-0.021	0.016	1.372	0.173	1.426
Número organizaciones participa	0.199	0.086	2.314	0.022	1.244

Nota. Resumen del modelo y condiciones de ajuste: F=1.511; Error estándar =0.968; p=0.16; R² =0.11; R² ajustada =0.03; Linealidad de las variables independientes cuantitativas verificada mediante gráfica de la variable agregada; Ausencia de colinealidad verificada con Factor de Inflación de la Varianza (*); Normalidad de los errores: Test de Shapiro-Wilk con valor de p = 0.108; Homocedasticidad: test de Breusch-Pagan con valor de p = 0.814.

En el modelo generado para la dimensión Crecimiento personal (tabla 10), se obtuvo un coeficiente de determinación ajustado del 24% (el mayor de todos los modelos). Las variables significativas fueron la escolaridad ($p= 0.003$) y el número de organizaciones en las que participa ($p<0.001$). Así, la puntuación de la dimensión se incrementa en 0.75 puntos cuando el sujeto tiene estudios superiores con post título frente a los sujetos sin escolarizar o con estudios básicos. El incremento de la puntuación por cada organización en la que se participa es de 0.20 puntos.

Tabla 10. Modelo de regresión lineal para Ryff dimensión: Crecimiento personal

Modelo	Coeficiente	Error estándar	t	P	FIV*
Constante	5.656	0.923	6.125	<0.001	
Sexo					
Hombre	Referencia				1.577
Mujer	-0.152	0.166	0.915	0.3625	
Escolaridad[‡]					
Sin escolarizar o básico	Referencia				1.248
Técnico Medio o Superior	0.201	0.159	1.263	0.209	
Técnico Superior y post título	0.757	0.222	3.411	<0.001	
Dirige organizaciones					
Sí	Referencia				1.172
No	-0.263	0.227	1.155	0.251	
Vive con					
1 o más familiares	Referencia				1.524
Pareja y familiares	-0.054	0.212	0.255	0.799	
Solo	0.150	0.215	0.699	0.486	
Edad	-0.0163	0.010	1.498	0.137	1.426
Número organizaciones participa	0.209	0.058	3.573	<0.001	1.244

Nota. Resumen del modelo y condiciones de ajuste: $F=5.108$; Error estándar = 0.658; $p < 0.001$; $R^2 = 0.30$; R^2 ajustada = 0.24; Linealidad de las variables independientes cuantitativas verificada mediante gráfica de la variable agregada; Ausencia de colinealidad verificada con Factor de Inflación de la Varianza (*); Normalidad de los errores: Test de Shapiro-Wilk con valor de $p = 0.52$; Homocedasticidad: test de Breusch-Pagan con valor de $p = 0.663$.

[‡] Valor de p global para Escolaridad: 0.003 (calculado mediante comparación de modelos con y sin esta variable).

En el resto de dimensiones, no se obtuvieron modelos ajustados (tablas 11, 12 y 13).

Tabla 11 . Modelo de regresión lineal para Ryff dimensión: Autonomía

Modelo	Coficiente	Error estándar	t	P	FIV*
Constante	4.2779	1.050	4.070	<0.001	
Sexo					
Hombre	Referencia				1.577
Mujer	-0.020	0.189	0.108	0.914	
Escolaridad					
Sin escolarizar o básico	Referencia				1.248
Técnico Medio o Superior	-0.102	0.1811	0.564	0.573	
Técnico Superior y post título	0.230	0.252	0.912	0.364	
Dirige organizaciones					
Sí	Referencia				1.172
No	-0.229	0.259	0.883	0.3793	
Vive con					
1 o más familiares	Referencia				1.524
Pareja y familiares	0.612	0.2421	2.528	0.013	
Solo	0.840***	0.245	3.431	<0.001	
Edad	0.004	0.012	0.350	0.726	1.426
Número organizaciones participa	-0.025	0.066	0.378	0.706	1.244

Nota. Resumen del modelo y condiciones de ajuste: F=1.99; Error estándar = 0.749; p =0.05; R² =0.14; R² ajustada =0.07; Linealidad de las variables independientes cuantitativas verificada mediante gráfica de la variable agregada; Ausencia de colinealidad verificada con Factor de Inflación de la Varianza (*); No normalidad de los errores: Test de Shapiro-Wilk con valor de p = 0.003; Homocedasticidad: test de Breusch-Pagan con valor de p = 0.878. En relación al no cumplimiento del criterio de normalidad, se intentó sin éxito ajustar el modelo transformando en logarítmicas las variables cuantitativas con valores positivos distintos de 0; a continuación se probó eliminando outliers tras detección de los mismos con gráfico QQ-plot, pero tampoco logró ajustarse el modelo.

Tabla 12 . Modelo de regresión lineal para Ryff dimensión: Dominio del Entorno

Modelo	Coficiente	Error estándar	t	P	FIV*
Constante	4.621	0.851	5.430	<0.001	
Sexo					
Hombre	Referencia				1.577
Mujer	-0.032	0.153	0.210	0.834	
Escolaridad					
Sin escolarizar o básico	Referencia				1.248
Técnico Medio o Superior	-0.009	0.146	0.063	0.949	
Técnico Superior y post título	0.222	0.204	1.089	0.279	
Dirige organizaciones					
Sí	Referencia				1.172
No	0.055	0.210	0.266	0.790	
Vive con					
1 o más familiares	Referencia				1.524
Pareja y familiares	0.2123	0.196	1.083	0.281	
Solo	0.016	0.1984	0.085	0.932	
Edad	0.003	0.010	0.304	0.761	1.426
Número organizaciones participa	0.153	0.054	2.846	0.005	1.244

Nota. Resumen del modelo y condiciones de ajuste: F=1.625; Error estándar = 0.607; p=0.12; R² =0.12; R² ajustada =0.04; Linealidad de las variables independientes cuantitativas verificada mediante gráfica de la variable agregada; Ausencia de colinealidad verificada con Factor de Inflación de la Varianza (*); No normalidad de los errores: Test de Shapiro-Wilk con valor de p <0.001; No homocedasticidad: test de Breusch-Pagan con valor de p =0.112. En relación al no cumplimiento del criterio de normalidad, se intentó sin éxito ajustar el modelo transformando en logarítmicas las variables cuantitativas con valores positivos distintos de 0; a continuación se probó eliminando outliers tras detección de los mismos con gráfico QQ-plot, pero tampoco logró ajustarse el modelo.

Tabla 13 . Modelo de regresión lineal para Ryff dimensión: Propósito en la vida.

Modelo	Coficiente	Error estándar	t	P	FIV*
Constante	5.130	0.809	6.336	<0.001	
Sexo					
Hombre					1.577
Mujer	-0.092	0.146	0.635	0.526	
Escolaridad					
Sin escolarizar o básico					1.248
Técnico Medio o Superior	0.065	0.139	0.466	0.642	
Técnico Superior y post título	0.314	0.194	1.617	0.109	
Dirige organizaciones					
Sí					1.172
No	-0.092	0.199	0.464	0.644	
Vive con					
1 o más familiares					1.524
Pareja y familiares	-0.008	0.186	0.047	0.962	
Solo	0.077	0.188	0.412	0.680	
Edad	0.001	0.0095	0.156	0.876	1.426
Número organizaciones participa	0.135	0.051	2.645	0.009	1.244

Nota. Resumen del modelo y condiciones de ajuste: F=1.598; Error estándar = 0.577; p =0.136; R² = 0.12; R² ajustada =0.04; Linealidad de las variables independientes cuantitativas verificada mediante gráfica de la variable agregada; Ausencia de colinealidad verificada con Factor de Inflación de la Varianza (*); No normalidad de los errores: Test de Shapiro-Wilk con valor de p <0.001; No homocedasticidad: test de Breusch-Pagan con valor de p <0.001. Se intentó sin éxito ajustar el modelo transformando en logarítmicas las variables cuantitativas con valores positivos distintos de 0; a continuación se probó eliminando outliers tras detección de los mismos con gráfico QQ-plot, pero tampoco logró ajustarse el modelo.

4.4. Discusión y conclusiones

El primer objetivo del estudio fue conocer la percepción de bienestar de personas mayores de la región de Magallanes, encontrándose una percepción general positiva. En relación al segundo objetivo, correlacionar variables sociodemográficas y de participación con bienestar, no se han observado diferencias significativas en la puntuación total a excepción del número de organizaciones en que participa, y se aprecian diferencias de interés analizando la escala por dimensiones.

En primer lugar respecto a la Escala de Ryff, señalar que los distintos estudios realizados en Chile muestran resultados variados. Algunos autores señalan que los resultados obtenidos muestran menor precisión (Vera-Villarroel et al., 2013) y difieren de resultados obtenidos en población española (Tomás et al.,2009), donde sí se considera su uso apropiado para este grupo de edad. Otros

autores señalan que las dimensiones dominio del entorno y crecimiento personal presentan valores muy inferiores para ser incluso considerados, de hecho en el estudio de Vivaldi et al., el bienestar psicológico global no contempla el dominio del entorno y no aparece en el ajuste del modelo realizado (Vivaldi & Barra, 2012). En nuestro estudio se ha usado la adaptación española que también ha sido aplicada en Chile (Veliz Burgos, 2012).

Por otra parte, mientras algunos estudios asocian mayor grado de bienestar a mayor o menor edad (Stepoe et al., 2015), sexo masculino (Pinquart & Sorensen, 2001) o estar casado (Margelisch et al., 2015; Tomás et al., 2009), en nuestro estudio estas variables no aparecen asociadas, cuando consideramos los puntajes totales de la escala, sin embargo la categoría Crecimiento personal sí muestra asociación con la edad, observándose la tendencia de que a mayor edad la percepción en cuanto a crecimiento personal disminuye. Conviene señalar que aunque gran parte de la población refiere tener una o más enfermedades, su percepción de bienestar es favorable. En estos términos, Martin et al., (2015), destacan la relevancia que la percepción psicológica tiene en el concepto de envejecimiento exitoso. Cabe destacar que el mayor porcentaje de la población estudiada participaba en organizaciones.

En los resultados encontrados, se repite una tendencia descrita en otras investigaciones que asocian mayor grado de escolaridad con mayor nivel de bienestar (Carmona-Valdés & Ribeiro-Ferreira, 2010; Tomás et al., 2009), reflejado en la dimensión Crecimiento personal. Este dato estaría indicando que las personas con más estudios logran mejor percepción de bienestar personal, siendo

coherente con la descripción que hace Ryff de crecimiento personal asociado a la idea de evolución y aprendizaje positivo (Díaz et al., 2006).

Algunos estudios (Gustavson & Lee, 2004), plantean que quienes viven solos presentan mayor libertad para elegir qué hacer y tomar sus propias decisiones y que vivir solo a esas edades, no se encuentra necesariamente asociado a depresión o bajo nivel de bienestar (Hawton et al., 2011). Según CASEN de 2011, la región que presentó mayor índice de adultos mayores viviendo solos fue la región de Magallanes. En nuestro estudio los sujetos que viven solos presentan mayores puntajes en dimensión Autonomía.

Coincidiendo con estudios previos (Griffith et al., 2007; Ichida, Hirai, Kondo, Kawachi, Takeda & Endono, 2013), de los resultados más relevantes es la influencia de la participación en organizaciones en el bienestar de los mayores. De forma específica, resultan sensibles las dimensiones Relaciones positivas, Propósito en la vida y Crecimiento personal. Participar en organizaciones podría entenderse una ocupación que favorece la socialización (Huxhold et al., 2014), el sentido y desarrollo personal en los mayores. El número de organizaciones en que se participa también se asocia al crecimiento personal, dominio del entorno y propósito en la vida. Nuestros resultados sugieren que un funcionamiento activo de los adultos mayores en organizaciones se asocia, al menos en la muestra estudiada, al esfuerzo en desarrollar las potencialidades con objetivo de crecer y seguir aprendiendo; poner en marcha habilidades para elegir y crear entornos favorables; participar activamente e influir en el contexto que les rodea y marcarse metas que les permitan dar sentido y control a su vida.

También destaca la participación en actividades comunitarias, siendo relevante para los mayores ser parte de un colectivo que proporcione sentido de pertenencia, estar involucrado en ocupaciones significativas que mantienen su motivación, crecimiento personal, dan sentido a su vida (Hammell, 2014; Pinquart & Sorensen, 2001; Ichida et al., 2013) y permiten retomar relaciones sociales (Huxhold et al., 2014 ; Ponce, Rosas & Lorca, 2014).

Estos resultados son concordantes con estudios previos sobre calidad de vida realizados en Chile, donde la participación social es el dominio mejor evaluado, resaltando la satisfacción con el uso del tiempo, nivel de actividad y participar en la comunidad (Urzúa, Bravo, Ogalde & Vargas, 2011). También, las personas de la muestra que dirigen organizaciones, presentan mejor percepción de bienestar observándose una asociación entre liderazgo y crecimiento personal. Aquellos sujetos que dirigen organizaciones afirman sentirse mejor significativamente con respecto a los que no dirigen. En nuestro estudio la proporción de hombres que dirigen es mayor que la de mujeres, lo que sugiere, el desarrollo de políticas que permitan activar la participación de las mujeres en roles directivos como medida de fomentar su bienestar y crecimiento personal.

No se encontraron diferencias significativas entre bienestar y sexo, lo que concuerda con estudios previos (Carmel, 2012).

Respecto al análisis multivariante, los modelos generados no arrojan coeficientes de determinación altos. Tan solo el modelo para la puntuación final de la escala y el de la dimensión Crecimiento personal, obtuvieron coeficientes que explican aproximadamente el 25% de la variabilidad. Esto sugiere que se necesitarían incluir más variables para incrementar estos valores y así obtener

modelos explicativos más robustos. En nuestro caso, no se incluyeron más variables debido a la limitación en el tamaño muestral, aspecto que será subsanado en futuras investigaciones.

Al margen de lo anterior, conviene destacar algunos hallazgos que se apuntan como relevantes. Por ejemplo, si bien en el análisis multivariante no se obtuvieron diferencias entre hombres y mujeres para la puntuación final de la escala, el modelo apunta indicios de diferencia entre sexos, mostrando una peor percepción del bienestar en mujeres. Esto estaría en consonancia con lo descrito por Pinquart & Sorensen, 2001 y Vivaldi & Barra, 2012.

Otro hallazgo significativo que aparece de forma redundante en los dos modelos destacados, es la influencia de la participación social sobre la percepción de bienestar, observando un incremento en las puntuaciones a medida que aumente el número de organizaciones en las que se participa (Shankar et al., 2015)

A diferencia de lo obtenido en el análisis bivariante, el análisis multivariante sí muestra la influencia de la variable “vive con” sobre la puntuación final de la escala. En este sentido, los sujetos que viven con familiares presentan una peor percepción que quienes viven en pareja o solos. Destaca como significativa el incremento que sucede en la puntuación de la escala el vivir solo respecto a vivir con otros familiares (Barros, 2003).

Entre las limitaciones de este estudio, señalamos el número de sujetos estudiados y los resultados desiguales del uso de la Escala de Ryff en estudios previos con mayores en Chile respecto a los obtenidos en otros países. Sería deseable considerar, para próximos estudios, la Escala de Ryff abreviada, la

ponderación de la muestra en relación a aspectos sociodemográficos, número de dirigentes y homogenización de quienes participan o no en organizaciones, con objeto de contrastar los hallazgos encontrados.

En conclusión, la mayoría de personas mayores estudiadas participa en organizaciones y su percepción de bienestar resulta positiva aún considerando que una alta proporción presenta situaciones de enfermedad. Mayor nivel de estudios, vivir solos, participar en ocupaciones significativas en grupos u organizaciones y ejercer tareas de dirección aumentan el grado de bienestar y contribuyen al crecimiento personal.

Capítulo 5: Estudio 2- Bienestar en el adulto Mayor, factores de la persona, ambiente y ocupación que favorecen un proceso de adaptación ocupacional exitoso. Estudio cualitativo en la ciudad de Punta Arenas, Chile.

Palma-Candia, O., Hueso-Montoro, C., Cruz-Quintana, F. & Montoya-Juárez, R., *American Journal of Occupational Therapy*. En proceso de revisión.

5. Estudio 2- Bienestar en el adulto Mayor, factores de la persona, ambiente y ocupación que favorecen un proceso de adaptación ocupacional exitoso. Estudio cualitativo en la ciudad de Punta Arenas, Chile.

5. 1. Introducción

El envejecimiento poblacional, ha conducido a que los organismos internacionales orienten sus políticas a lograr un mayor bienestar y una mejor calidad de vida, fomentando un envejecimiento saludable y activo, que incorpore la participación en actividades significativas y sociales en esta etapa de la vida (OMS, 2015).

Se discute actualmente si el bienestar es sinónimo de calidad de vida, lo que lleva a confusiones en el uso del término (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012), o parte de este concepto (Meléndez et al., 2008). Cuando se habla de bienestar se diferencia entre un bienestar subjetivo o hedonista, asociado a la valoración de la vida en función de lo logrado, en términos de momentos placenteros versus momentos displacenteros (Ortiz & Castro, 2009), del bienestar psicológico o eudaimónica, centrado en el hecho de continuar en crecimiento y desarrollo de potencialidades (Meléndez et al., 2008).

Independientemente de la perspectiva, se recalca la importancia de los factores personales y biográficos sobre el bienestar en el envejecimiento (Fontes, 2015). Algunos estudios relacionan el bienestar con factores como edad (Stephoe et al., 2015), sexo, nivel educativo y estado civil (Carmona-Valdés & Ribeiro-Ferreiro, 2010; Melguizo et al., 2012; Vivaldi & Barra, 2012). Y desde la Terapia

Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación se recalca el impacto que sobre la salud y el bienestar del adulto mayor, tiene el comprometerse en ocupaciones significativas (Eakman et al., 2010; Wilcock, 2006).

Investigaciones cualitativas han vinculado la participación en ocupaciones con un mayor bienestar, a través del mantenimiento de la autonomía y las capacidades, y del significado que le conceden los participantes a la ocupación de acuerdo con sus características particulares (Clark et al., 1997; Chilvers et al., 2010; Liddle et al., 2012).

En relación a lo anterior, como parte de los procesos de adaptación social, se acuña el término de adaptación ocupacional, que puede entenderse como la capacidad de construcción de una identidad ocupacional positiva y el logro de la competencia ocupacional en los contextos en que una persona está inserta (Kielhofner, 2008). La adaptación ocupacional se ha postulado, no sólo como una reacción a situaciones adversas (Cahill, Connolly & Stapleton, 2010; Klinger, 2005; Parson & Stanley, 2008; Williams & Murray, 2013), sino como una estrategia cotidiana consciente para avanzar en las opciones ocupacionales, reforzando así el concepto de sí mismo y favoreciendo el bienestar (Nayar & Stanley, 2015). Se han señalado una serie de factores que pueden favorecer o dificultar este proceso:

- 1) Personales; incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y de salud.
- 2) Ambientales; incluyen cultura, aspectos geográficos, climáticos y económicos, entre otros.
- 3) Ocupación; incluye aspectos como forma, función y significado (Clark et al., 1991; Clark, 2006) además de las características de la actividad y habilidades, entre otras (Bagatell & Womack, 2016). Lo anterior se ha descrito

también como el modelo persona-ambiente-ocupación (PAO) (Law et al., 1996), que permitiría explicar cómo la interacción entre estos factores incide en los procesos de adaptación (Broome, McKenna, Fleming & Worrall, 2009).

Además, en el proceso de adaptación ocupacional resultan fundamentales la construcción de identidad y su vínculo con el bienestar. En el adulto mayor, este proceso adquiere además una dimensión particular ya que se producen muchos cambios en diversas áreas (biológica, social, económica), por lo que resulta fundamental la forma de enfrentar las situaciones vitales, pérdidas de seres queridos, jubilación y situaciones adversas que esta etapa conlleva (Fontes, 2015).

Hasta ahora, existen pocos estudios donde se especifique de manera concreta, cuáles son las manifestaciones de este proceso de adaptación ocupacional en el adulto mayor (Nayar & Stanley, 2015) y cómo los factores de la persona, el ambiente y la ocupación influyen en este proceso.

Chile es el país con mayor esperanza de vida de la región de América (OMS, 2015) y, dentro del mismo, la región de Magallanes y Antártica chilena es una de las que presenta mayor índice de envejecimiento en el país (CASEN, 2013). Las condiciones climáticas y geográficas, hacen de esta región una zona extrema (Arenas-Vásquez, Aliaga-Bustos, Marchant-Santiago & Sánchez-Acuña, 2005; Molina, 2011), por lo que la adaptación ocupacional del adulto mayor en esta región es de sumo interés.

Para la presente investigación se plantean los siguientes objetivos: Conocer los factores que influyen en el proceso de adaptación ocupacional de los adultos mayores de la región de Magallanes, e identificar las manifestaciones de adaptación ocupacional exitosa de los mayores en esta población.

5.2. Método

Participantes

Se diseñó un estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada. Los participantes fueron 16 adultos mayores de entre 64 y 77 años, que pertenecían a una muestra de 101 personas que habían previamente contestado los formularios de evaluación de bienestar psicológico de Ryff (Díaz et al., 2006) y cuyos resultados se muestran en un estudio anterior (Palma-Candia, Hueso-Montoro, Ortega-Valdivieso, Montoya-Juárez & Cruz-Quintana, 2016). Se realizó un muestreo teórico basado en criterios de homogeneidad y heterogeneidad. Como criterio de homogeneidad se seleccionaron adultos mayores que, o bien no trabajaran, o bien trabajaran a tiempo parcial. Como criterios de heterogeneidad se seleccionaron 8 participantes de alta puntuación en la escala de Ryff (Díaz et al., 2006) y 8 participantes de baja puntuación en dicha escala, además de sexo, estado civil, situación ocupacional (trabaja parcialmente o no) y situación de convivencia (vive solo, con pareja). Se comprobó la saturación de los datos en relación a la cantidad de entrevistas realizadas. Las principales características de los 16 participantes se muestran en la tabla 1.

Tabla 1: Datos de los participantes

Participante	Edad	Sexo	Ocp.	Estado Civil	Con quien vive	Situación Laboral	Ptje. Bienestar Ryff	
1	75	M	Jub	Viudo/a	Solo(a)	T.Parcial	Alto	214
2	73	F	Lc	Casado/a	Pareja y otros fam	No Trabaja	Alto	205
3	75	F	Jub	Casado/a	Pareja	No Trabaja	Alto	200
4	72	M	Jub	Casado/a	Pareja	T.Parcial	Alto	202
5	70	F	Lc	Viudo/a	Solo(a)	No Trabaja	Alto	212
6	64	F	Lc	Casado/a	Pareja y otros fam	No Trabaja	Alto	204
7	70	M	Jub	Casado/a	Pareja	No Trabaja	Alto	207
8	65	F	Jub	Soltero/a	Solo(a)	T.Parcial	Alto	204
9	77	F	Lc	Viudo/a	Familia	No Trabaja	Bajo	143
10	68	F	Lc	Casado/a	Pareja	No Trabaja	Bajo	149
11	75	M	Jub	Casado/a	Pareja	No Trabaja	Bajo	153
12	68	F	Lc	Casado/a	Pareja y otros fam	No Trabaja	Bajo	159
13	65	F	Lc	Casado/a	Pareja y otros fam	No Trabaja	Bajo	156
14	73	F	Lc	Viudo/a	Solo(a)	No Trabaja	Bajo	148
15	77	M	Jub	Viudo/a	Solo(a)	No Trabaja	Bajo	139
16	72	M	Jub	Casado/a	Pareja y otros fam	No Trabaja	Bajo	183

Instrumentos

Se desarrolló un guión de entrevista semiestructurada basado en conceptos teóricos relacionados con el bienestar y la participación en ocupaciones. Se realizaron varias entrevistas previas para valorar la comprensión de las preguntas por parte de adultos mayores, y a partir de las mismas se ajustó la formulación de algunas de ellas. El guión definitivo se muestra en la tabla 2.

GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Quisiera que me cuente un poco acerca de Ud. un pequeño resumen de los hechos más importantes de su vida.
2. Para Ud. que es o con que se relaciona el bienestar y la calidad de vida.
3. Cuénteme actualmente a que dedica su tiempo en general y que actividades le gusta realizar.
4. En general ¿puede participar en las actividades que Ud. desea?
5. Las características de la región de Magallanes ¿facilitan o dificultan la participación en las actividades?
6. En relación a las actividades que realiza y a las que dejó de hacer , que factores cree Ud. que han influido en estas elecciones
7. De las actividades en las que participa ¿cuales diría que son las más significativas y porqué?

Procedimientos

Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de mayo y junio de 2016, por parte una Terapeuta Ocupacional, Magister en gestión de salud y con formación previa en investigación cualitativa. Las entrevistas se realizaron en los domicilios particulares de los participantes, con duración promedio de una hora. El primer contacto con los entrevistados fue a través de la aplicación de encuestas de bienestar Ryff, posteriormente se realizaron, con algunos de ellos, las entrevistas en profundidad.

Hubo tres personas que no accedieron a realizar las entrevistas, todos del subgrupo de bajo puntaje en la escala de bienestar, manifestando no tener tiempo o interés. Tras realizar las entrevistas, se verificó el contenido de las mismas por parte de los participantes.

Consideraciones éticas

Todos los participantes recibieron información sobre los objetivos del estudio y una vez que se contestaron a todas sus dudas, se les solicitó el consentimiento por escrito.

La investigación cuenta con la aprobación de los Comités de Ética de las Universidades de Granada, España y de Magallanes, Chile.

Análisis

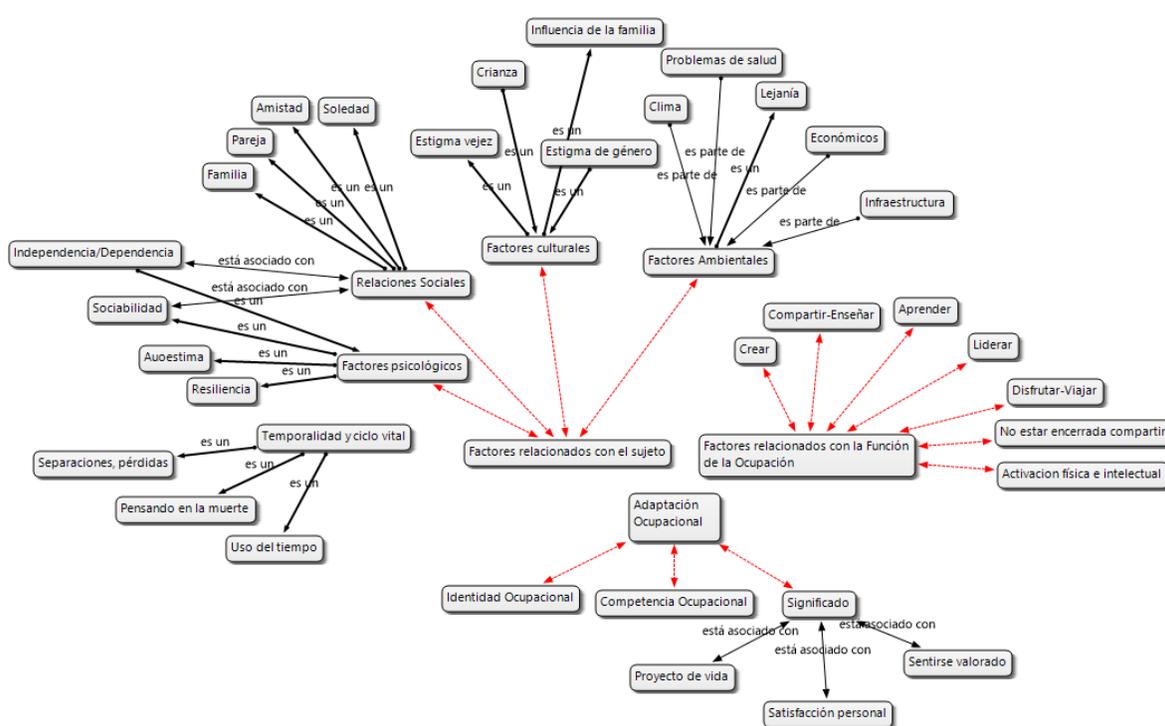
Cada entrevista fue grabada, transcrita literalmente e integrada en el software Atlas ti 7.0 ©. Para su análisis se siguió la secuencia descrita por Strauss & Corbin, (2002). Se leyeron todas las entrevistas con el objetivo de familiarizarse con los datos. Posteriormente, se procedió a identificar fragmentos significativos de texto (citas) y se les asignaron códigos que sintetizaban su significado. Estos códigos fueron consensuados por tres investigadores en base a los objetivos del estudio y conceptos fundamentales de la adaptación ocupacional. Finalmente estos códigos se agruparon en categorías de significado, que se relacionaron entre sí, para configurar una teoría interpretativa del fenómeno.

5.3 Resultados

La adaptación ocupacional en el adulto mayor de la región de Magallanes está condicionada por tres tipos de factores: relacionados con la persona, relacionados con el ambiente y relacionados con la ocupación. Los adultos mayores que están adaptados ocupacionalmente en esta región, muestran una serie de manifestaciones vinculadas con un mayor bienestar evaluado a través de la Escala Ryff: Identidad Ocupacional, Competencia Ocupacional y Significado. El

mapa general de categorías y códigos se muestra en la Figura 1. Para cada categoría se muestran citas significativas de las mismas. Las citas se identifican en este manuscrito mediante un código numérico, en el que el primer número indica el participante y el último el número de cita dentro de cada entrevista.

Figura N° 1: Mapa de categorías y códigos



Factores relacionados con la persona

Factores psicológicos

La mayoría de los entrevistados refieren haber vivido situaciones adversas y pérdidas a lo largo de su vida, destacando la capacidad de resiliencia y la importancia de la familia como apoyo.

“cuando tenía 14 años no pude seguir estudiando, porque mi papá falleció en un accidente, así que fue como bien traumático (...), yo sólo celebraba la navidad, por los niños... pero al pasar del tiempo eso se pudo superar”
(6:52)

La participación en ocupaciones significativas les ayuda a sentirse eficaces y valorados. Lograr dominio y maestría en el desarrollo de una ocupación promueve un sentimiento de autoconfianza y seguridad y estimula la permanencia y el disfrute con la actividad. Los participantes hacen alusión a cómo han abordado diversos desafíos, obteniendo como consecuencia la sensación de logro y/o satisfacción.

“Ahora con mi señora, el tango es como algo natural, es que sería imposible sacarlo de nosotros...es el tipo de baile en donde la responsabilidad es compartida en cuanto al equilibrio, porque uno depende de cómo se desplaza la otra persona, como se desplaza uno, entonces eso implica igual un trabajo intelectual...que se va aprendiendo y luego en la vida uno siempre quiere perfeccionarse, entonces cuando uno va sintiendo que la actividad que esta haciendo le reporta un beneficio emocional, eso lo satisface mucho” (4:37)

El mantener la independencia es un tema recurrente en los discursos de los entrevistados, visualizándolo como la posibilidad de seguir participando de forma activa y autónoma en la sociedad.

“Ah sí, exactamente , soy independiente...ojalá que lo pueda ser hasta el final” (15:27)

Destaca también la relevancia de la interdependencia emocional, es decir, la importancia que se le asigna a otros significativos a la hora de continuar o dejar de realizar actividades importantes para ellos.

“Ya no era lo mismo sin mi amiga, además a mi hijo no le gusta nada que yo salga, a él le gusta que esté en la casa no más, si antes cuando salía me ponía caras y se enojaba”(9:28)

La sociabilidad como característica de personalidad, puede también ayudar o dificultar los procesos de integración grupal.

“Será porque soy muy sociable y me interesa mucho interactuar con otras personas” (8:81)

Para algunas personas las pérdidas significativas que han sufrido, afectan su participación en ocupaciones, sobre todo entendidas como fenómenos de interdependencia o co-ocupaciones.

“Cuando falleció mi amiga me costó mucho superarlo, porque era con ella con la que yo salía, con ella íbamos al cine, a los bingos (...), salíamos a fiestas, los dos matrimonios, entonces lo pasábamos bien, ellos dos eran personas mucho mayores que nosotros, pero nos llevábamos muy bien” (10:20)

La partida de los hijos de la región para encontrar un empleo o para cursar sus estudios, es una de las pérdidas más significativas referidas por los participantes.

“Me dolió mucho sí, me lo lloré bastante, pero después dije no, no puede ser, también ellos cuando hacen sus vidas también se van, entonces no los puedo tener a todos acá” (12:23)

Factores sociales

La amistad es una de las relaciones más reconocidas por los entrevistados, en unos casos generadores de ayuda y apoyo, y en otros, ligado al acompañamiento y desarrollo de co-ocupaciones.

“Yo iba con una amiga y con ella hacíamos distintas cosas, salíamos al club y a otros lados. Pero ella falleció. Después ya no volví a salir, ni a ir al club ” (9:27)

La relación de pareja parece ser un elemento fundamental para los adultos mayores participantes del estudio, independientemente de que realicen o no actividades juntos. Algunos relatan la importancia de estar con el otro y acompañarse. Algunos viudos continúan con la esperanza de encontrar una nueva pareja o están felices de haberla encontrado, declarando la importancia de estar acompañados en esta etapa (ambos hombres).

“Quisiera tener una compañera, pero no es cosa de decir quiero tener una compañera y la voy a tener, porque es la vida, que se da” (15:33)

La soledad aparece también de forma importante en los discursos de los entrevistados, a veces aludiendo a los sentimientos asociados a las pérdidas de seres queridos o a decisiones personales. Las ocupaciones en las que se involucran pueden potenciar o disminuir esta sensación de soledad.

“No tuve hijos,(...) pareja no tengo o sea terminé con él, ya no me interesa(...), entonces, yo tengo que tener otras cosas que la vida me pueda ofrecer” (8:45)

Algunos de los entrevistados, relatan haber tenido conflictos con otros, razón por la cual han decidido alejarse de ocupaciones, mostrando una pérdida de motivación en reincorporarse a otras actividades.

“Pero cuando hay gente joven, existen ciertas envidias. Siempre me criticaban” (10:21)

Factores culturales

Los entrevistados dejan traslucir prejuicios de género, relegando a la mujer a una esfera menos apreciada, y también prejuicios sobre la vejez, insinuando que ya no les queda tiempo para hacer cambios, o que ya las cosas son inamovibles.

“Mi hijo trabaja, su señora trabaja, así que ¿A qué voy a ir? ¿a estorbar a lo mejor? (...), así que no, no he ido y cada día que pasa me hace más pesado ir” (15:8)

En los discursos se hace alusión a la idiosincrasia de la región extrema de Magallanes, como adaptación a la adversidad.

“No, no, porque uno se ha acostumbrado a la nieve al viento a todo. Antiguamente uno patinaba, salía a andar y nadie usaba pantalones, usaba vestido en el colegio, daba lo mismo eso para el magallánico ” (2:31)

En sus relatos los mayores relacionan lo que están realizando actualmente con las actividades que fueron en algún momento, realizadas con sus padres, poniendo el énfasis en que siempre formaron parte de ellos pero ahora en esta etapa pueden reconocerlas y practicarlas. Se valora el aprendizaje que realizaron con sus padres y su motivación para que ellos pudiesen realizar ocupaciones y auto-superarse.

“Cuando chico, en mi casa, siempre mi padre y mi madre cantaban, hacían actividades artísticas, bailaban, todo eso lo va uno asimilando y eso como que está guardado y vino a surgir ahora que yo encontré la beta”(1:31)

Factores relacionados con el ambiente

Los entrevistados, se quejan de los aspectos económicos asociados a la lejanía de la región de Magallanes, en relación al resto de ciudades del país.

“Eso es lo que tiene Magallanes, es muy caro, o sea, en la práctica es casi una isla, además el transporte es tan caro, especialmente el aéreo y hoy día hasta el terrestre es caro y para la persona que ya está de edad

tampoco es fácil manejarse en transporte terrestre” (7:11)

Las condiciones climáticas de la región, para algunos entrevistados, representan también, una barrera para la participación en cierto tipo de actividades al aire libre o salir de casa. Algunos señalan que su actitud ante el clima ha cambiado por ciertas características que se asocian al envejecimiento, como menor agilidad o mayor vulnerabilidad.

“Cuando uno empieza a quedar viejo, empieza a perder la agilidad, entonces no puede trotar en la escarcha, no puede hacer ciertas cosas....yo cuando era joven...no me paraba la escarcha, ni el tiempo malo nada, pero ahora empiezan los dolores” (16:42)

En cambio para otras personas el clima es asumido como una característica de la región, a la cual están acostumbrados y se han adaptado a ello utilizando alguna estrategia. Igualmente salen y no lo consideran una barrera, o visualizan los aspectos positivos de esta situación.

“No no, el clima no limita es que yo salgo con truenos o relámpagos, no soy que me asuste el frío ni nada, me abrigo más, y si hay mucho calor bueno me saco el chaleco, no me hago problemas” (12:29)

No siempre la infraestructura disponible tiene en cuenta las necesidades de las personas con movilidad reducida, o existen recintos disponibles para realizar algunas ocupaciones que son de su interés.

“Es que uno tiene sus años, supongamos que haya una tremenda nevazón, haya escarcha(...), yo cuantas veces me he caído porque como queda en el suelo. Una escalera que hicieron ahí, no tiene tomador, no tenemos baranda” (14:29)

El cese de las actividades productivas y otros gastos asociados a la vejez, dificulta en algunos la participación en actividades que quisieran realizar.

“Estoy cesante. La pensión son 200 mil pesos, si no tuviera casa propia, que se la debo a ella [refiriéndose a su esposa] ¿a dónde voy a arrendar con 200 mil pesos para vivir y pagar los consumos?” (11:44)

Los problemas de salud, propios o de la pareja, representan para algunos mayores, una limitación para la participación en ocupaciones, a veces acompañada de una falta de motivación, o la limitación provocada por dolores o molestias.

“No ya no, ¿para qué?, mejor en la casa no más. Igual ahora por mi salud ya no salgo mucho, al médico no más” (9:29)

Factores relacionados con la ocupación

Dentro de los relatos de los participantes se observa la función de la ocupación asociada principalmente a aspectos como socialización, uso del tiempo y participación social.

Algunos participantes han encontrado sus ocupaciones significativas a

través de la expresión artística, como una nueva faceta de su identidad que han descubierto en esta etapa. La creación implica también compartir el fruto de la creación con la comunidad.

“Cuando hacemos cueca o tango siempre salimos a la comunidad y entregamos nuestro arte a la demás gente” (3:39)

Otras ocupaciones significativas se asocian a disfrutar con cosas simples que la vida les pueda entregar. El viajar para muchos, les permite conocer lugares y disfrutar en compañía de otros.

“El baile, salir a cenar, disfrutar de una buena comida, de una buena conversación de una tarde agradable, ir al cine, mirar televisión una película bonita, escuchar música” (1:29)

Los adultos mayores emprenden el aprendizaje de ocupaciones diferentes, motivados por el desafío que les provocan. Se puede apreciar que, para algunos, el aprendizaje de nuevas ocupaciones les ha ido permitiendo construir la trama ocupacional de su vida.

”Yo con miedo y todo, igual voy, me tengo que descubrir no más, sí tengo que romper esas limitaciones... siempre he estado en eso, en poder lograr cosas, realizar nuevas ocupaciones, si imagínate, no tuve hijos, ni marido, entonces. Yo tengo que tener otras cosas que la vida me pueda ofrecer...”
(8:37)

Para otros el principal sentido que refieren está relacionado con dar o enseñar algo a otros. Esto se asocia al sentido de tener un rol social valorado por sus pares y que les satisface.

“Uno trabaja con lo mejor de la juventud, que está aprendiendo y uno lo ayuda en eso” (4:24)

Algunos ejercen o han ejercido tareas directivas en organizaciones, relatando estas experiencias como ocupaciones significativas y un espacio donde pueden ejercer roles de ciudadanía.

“Ahora me llevan como candidato para representar a los vecinos en la sociedad civil(...), que ahí se discuten varios proyectos (...), y tenemos derecho, los que salimos elegidos de tener reunión con el alcalde, para poder decirle esto no nos gusta, nuestro punto de vista” (7:36)

Participar en ocupaciones con sus pares, resulta ser un espacio muy valorado por la mayoría de los entrevistados. Muchas veces más que la ocupación que se pueda realizar en conjunto, cobra relevancia el estar con otros y compartir como elemento significativo.

“Mira me gusta, con amigos, con el grupo, los nietos ya no se interesan mucho en lo que uno hace, pero con amigas sí” (2:32)

Para algunos de los entrevistados su participación en ocupaciones resulta ser una oportunidad para salir de casa, y tomar contacto con el mundo exterior,

tomando conciencia de que si no realizaran estas actividades estarían aislados y con menor calidad de vida

“Si yo estuviera aquí encerrada en mi casa no estaría yo creo como estoy, porque tener comunicación con las personas, conversar con las personas, yo creo que eso ayuda mucho, porque si yo me hubiera encerrado en mi casa, no creo que hubiera estado viva ya, o hubiera tenido miles de enfermedades, porque hay mucha gente que se encierra” (5:60)

Por último en los relatos de los participantes, se puede apreciar que la realización de sus ocupaciones se relaciona con un deseo de estar activos, tanto física como mentalmente.

“El hecho de “taxear” [conducir un taxi], es una cosa novedosa, hay que estar alerta siempre, tener buenos los reflejos al conducir, el recibir una petición de ir a un lugar a tal parte, el orientarme y asimilarlo inmediatamente, tiene que ver con tareas cognitivas” (8:29)

Manifestaciones de adaptación ocupacional

Identidad ocupacional

La adaptación ocupacional se manifiesta a través de una actualización de la identidad a través de la ocupación. Algunos participantes hacen referencia a mantener o retomar ocupaciones como las que realizaban en su tiempo productivo.

“La profesión que yo elegí de químico farmacéutico me asimila a otras actividades por ejemplo el cocinar, cocinar con mi pareja, ¿qué se yo?, hacer cosas que están relacionadas con las que uno hacía antes” (1:11)

Otros en cambio son capaces de descubrir nuevos potenciales, aplicables a las actividades cotidianas que se desarrollan a lo largo de una vida.

“Esto me enriquece la vida, yo con este nuevo rubro (manejar un taxi), a mi me cambio de vida, después de haber estado 42 años en la educación y dándome cuenta que estuve encerrada en un colegio” (8:28)

Competencia ocupacional

La adaptación ocupacional se muestra por la percepción de mantenerse en desarrollo y crecimiento personal, utilizando sus capacidades, sus potenciales y desarrollando un sentido positivo de autoeficacia.

“ Y ahí construimos una sede social y yo le digo, son satisfacciones que uno logra. Como dirigente me invitan a participar, seguramente ven que uno tiene experiencia y condiciones, y yo como veo que logramos cosas, entonces participo” (7:35)

Significado

Los adultos mayores adaptados ocupacionalmente consideran su participación en ocupaciones como algo con sentido en su proyecto personal de vida. Algunos de los entrevistados lo asocian a la sensación de satisfacción frente a los logros que han obtenido, otros manifiestan sentirse felices al realizar las

ocupaciones que aman, demostrando pasión por aquellas ocupaciones que relatan.

“Tengo 51 años de docencia, y estoy haciéndoles clases a ellos como si viniera saliendo de la Universidad, o sea no me desgasto y ¿porqué no me desgasto?, porque el esfuerzo que hago es mínimo porque yo disfruto lo que hago. Ahora después de jubilar, me volvieron a contratar, y estoy feliz, yo amo la docencia” (4:26)

Algunos adultos mayores manifiestan sentirse distinguidos y valorados en relación a ciertos roles que han asumido en su comunidad. En este sentido algunos entrevistados hacen referencia a distintas formas de ayudar a otros, principalmente a sus pares, mediante diversas actividades

“Yo me siento satisfecho cuando logro cosas para los vecinos, porque no es para mí, sino para los vecinos. Da satisfacción ayudar a los otros” (7:37)

5.4. Discusión y conclusiones

El presente estudio permitió conocer una serie de factores que influyen en la adaptación ocupacional de los adultos mayores de la región de Magallanes, y que inciden en su percepción de bienestar. Algunos entrevistados con los mayores índices de bienestar psicológico previamente evaluados (Palma et al., 2016), relatan, a través de sus narraciones, procesos de adaptación ocupacional exitosos, donde se puede observar una reconstrucción de identidad ocupacional

positiva, sentido de eficacia a través de su competencia ocupacional y un fuerte componente de significado personal en las ocupaciones con las que se han comprometido.

Siguiendo la perspectiva del modelo persona-ambiente-ocupación (PAO) (Law et al., 1996), se puede observar que de los factores relacionados con la persona, sobresalen en primer lugar la autoestima, que se refuerza a través de la participación en ocupaciones desde la perspectiva de la construcción de la identidad (Howie et al., 2004), y en segundo lugar el sentido de eficacia ocupacional, que se aprecia en el intento que realizan los entrevistados por lograr mayor dominio y maestría en el desarrollo de su ocupación. Este dominio promueve un sentimiento de autoconfianza y seguridad (Viana & Pellegrini, 2014).

Los resultados obtenidos muestran que mantener la dependencia-independencia personal es un factor muy a tener en cuenta. Estos resultados están en la línea de lo mostrado por otras investigaciones donde se pone en evidencia cómo cobra mayor relevancia, en esta etapa de la vida, el valor de la interdependencia con otros significativos para la realización de co-ocupaciones (Van Nes, Jonsson, Hirschler, Abma & Deeg, 2012). Relacionado con lo anterior, se muestra también que la sociabilidad, como característica de personalidad, puede facilitar o dificultar los procesos de interacción con otros. Este dato resulta de gran importancia debido al impacto que las relaciones sociales presentan para el adulto mayor, en esta etapa, donde por lo general tienden a disminuir (Tomiaka, Kurumatani & Hosoi, 2015).

En relación a la familia, y considerando las características geográficas y culturales de la región (Molina, 2011), la partida de los hijos en Magallanes es uno de los factores sociales de gran impacto puesto que generalmente se asocia a emigración. Cuando los hijos parten un gran porcentaje no retorna a la zona, por lo cual este tema tiene una mayor connotación afectiva. Ortiz (2006) plantea que las relaciones familiares de los mayores dependen, entre otros aspectos, de las distancias físicas. Cuando los familiares están próximos unos de otros no sólo las relaciones son más probables, sino que la naturaleza de esas relaciones también cambia. La proximidad permite integrar las rutinas de unos y otros gracias a los contactos entre los miembros de la familia.

Las relaciones de amistad que se establecen en esta etapa, parecen ser más fuertes y profundas, que en otras etapas de la vida (Coll-Planas, Del Valle, Bonilla, Masat, Puig & Monteserin, 2015). Esta particularidad se presenta asociada al acompañamiento y a la interdependencia que se produce en el desarrollo de co-ocupaciones (Pierce, 2009), de tal manera que cuando el otro no está, o bien ya no se pueden seguir realizando esas actividades, o el sentido de las mismas cambia tanto que, puede llegar a influir en la percepción de bienestar que se tiene.

Hay otras personas, que por circunstancias o elecciones realizadas en la vida, se encuentran solas. La soledad es un sentimiento negativo que ocurre cuando las necesidades sociales de la persona no se corresponden en cantidad o calidad, a sus relaciones sociales reales (Fernández, Muratori & Zubieta, 2013).

La literatura informa que, en la etapa de la adultez mayor, este sentimiento

aumenta, relacionado con la pérdida o disminución de contactos sociales con personas significativas (Coll-Planas et al., 2015).

Con respecto a los factores del ambiente, desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional se considera que la ocupación no ha de estar separada del contexto donde esta se realiza (Hocking, 2000). Por tanto las características, tanto geográficas como climáticas del entorno, pueden ser percibidas como facilitadoras o limitantes para la participación. Los resultados de nuestro estudio muestran que las características particulares que caracterizan a la región de Magallanes como una región extrema, suscitan que los entrevistados desarrollen estrategias de adaptación y fortalecimiento de aspectos relacionados con la identidad regional (Molina, 2011).

Asociado al clima también se menciona la necesidad de revisar algunos aspectos de infraestructura y oportunidades de accesibilidad para participar en ocupaciones según preferencia, como las instalaciones que no consideran las necesidades de las personas con movilidad reducida.

Como elementos culturales, hay que señalar que la estigmatización en la vejez es algo muy arraigado en Chile, y estos prejuicios aparecen en reiteradas ocasiones en el discurso de los entrevistados. De Haro (2014) plantea que se considera a la vejez como una enfermedad que llega a alterar y contaminar el equilibrio vital. Chile es un país que preserva aún dentro de su idiosincrasia, de manera muy viva, desigualdades en cuanto a género, sobre todo los mayores mantienen ciertos estigmas que postergan a la mujer a una esfera menos apreciada (Vega Carvajal, 2009).

En referencia a los factores relacionados con la ocupación, entendiendo al ser humano como un ser ocupacional, el hecho de participar e involucrarse en actividades no resulta casual e inocuo, y de acuerdo a la Ciencia de la Ocupación, tiene una forma, (la manera en que se realiza y los aspectos observables de ésta) un significado (sentido personal y trascendente) y una función entendida como la manera en que la ocupación influye en el desarrollo, la adaptación, la salud y la calidad de vida (Larson, Wood & Clark, 2005), es decir la función de la ocupación se asocia a los procesos de adaptación en que la persona a través de lo que hace se siente más o menos satisfecha, pudiendo llamar a este proceso, adaptación ocupacional.

Los resultados de este estudio muestran también que algunos adultos mayores aprenden ocupaciones diferentes, motivados por el reto que les supone emprender nuevos desafíos. Los trabajos de Jackson (1996) & Stanley (2006), muestran que los adultos mayores, conservan la motivación por asumir riesgos. Frente a las pocas oportunidades que se les presentan, parecen más motivados a realizar nuevos desafíos. Para otros la función de la ocupación se vincula a necesidades más específicas, como enseñar o ayudar a otros, liderar o dirigir organizaciones (Zapata, 2001). Igualmente resaltan el sentido de pertenencia social (Hammell, 2014), sentido de valoración por parte de sus pares y eficacia personal en el desarrollo de sus ocupaciones (Kielhofner, 2008), todos aspectos que influyen en su percepción de bienestar (Gallagher, Muldoon & Pettigrew, 2015).

Las co-ocupaciones entendidas como actividades que se construyen y se sustentan en interrelación con otro u otros significativos (Pierce & Marshall, 2004), aparecen altamente mencionadas por los entrevistados. Estos resultados concuerdan con lo planteado por otros autores respecto a que este tipo de ocupaciones se torna especialmente significativa en la vejez (Van Nes et al., 2012).

Finalmente, y de acuerdo a la interacción de los diversos factores anteriormente señalados, vemos que se producen procesos de adaptación ocupacional que se relacionan directamente con la percepción de bienestar. Este estudio pone en evidencia que estos procesos no sólo se generan como una reacción a situaciones adversas o de enfermedad, como han planteado algunos autores (Cahill et al., 2010; Klinger, 2005; Parson & Stanley, 2008; Williams & Murray, 2013), sino en el desarrollo vital a través de ajustes en la vida cotidiana (Nayar & Stanley, 2015).

Como manifestaciones de este proceso se identifican la construcción de una nueva identidad ocupacional, descubierta y reforzada por la participación en actividades significativas (Christiansen, 2000; Kielhofner, 2008), la percepción de competencia ocupacional, obtenida a través de la valoración de la autoeficacia en la realización de sus actividades (Nelson & Jepson-Thomas, 2003). Ambos conceptos han sido estudiados asociados a procesos de adaptación ocupacional (Kielhofner, 2008; Nayar & Stanley, 2015). En el presente estudio aportamos como manifestación de este proceso de adaptación el significado de la ocupación que se refiere a la experiencia subjetiva y valor personal de la participación en

ocupaciones, en el contexto de la vida real y en la cultura (Larson, Wood & Clark, 2005). En nuestro estudio el significado asociado al sentido personal de la ocupación, es lo que destaca en los entrevistados en cuanto a su valoración de satisfacción y bienestar.

Dentro de este significado, ocupa un lugar principal la posibilidad de ayudar a otros (Albolfathi, Ibrahim & Hamid, 2014). Los entrevistados, adaptados ocupacionalmente, relatan fuertemente el sentido y razón de la participación y el valor de la integración de las ocupaciones desarrolladas, en su proyecto de vida y sentido de futuro. Quienes evidenciaron la construcción de una identidad ocupacional positiva, sentido de eficacia personal, a través de la participación en ocupaciones significativas y con sentido en sus vidas, fueron quienes tenían mejor percepción de bienestar.

Dentro de las limitaciones de este estudio, además de la limitada capacidad de extrapolación de los datos propia de los estudios cualitativos, se debe señalar que tres adultos mayores con bajo puntaje de bienestar declinaron participar por desinterés o falta de tiempo. Por otra parte aunque se intentó obtener una muestra de similares características sociodemográficas entre ambos grupos no fue totalmente posible, esto debido a que quienes obtuvieron los mayores puntajes poseían mayor nivel educativo, situación que se discute en estudio previo (Palma et al., 2016).

Conclusiones

La participación en ocupaciones significativas incide en la percepción de bienestar. Las personas que han logrado un proceso de adaptación ocupacional exitoso, construyen una nueva identidad ocupacional asociada al sentido de eficacia y competencia ocupacional y están comprometidos en una ocupación que les resulta significativa, presentan mayores índices de bienestar. Los factores personales, como la resiliencia, autoestima y relaciones de interdependencia con otros significativos, se evidencian como elementos que favorecen el bienestar. Los factores ambientales de la región, no inciden especialmente en la participación en ocupaciones significativas dado que los individuos adaptados, elaboran estrategias para salvarlos.

Implicaciones de la investigación para la práctica de la Terapia Ocupacional

- Los resultados vinculan la adaptación ocupacional, además de a la identidad y a la competencia ocupacional, al significado que concede el adulto mayor a la ocupación.
- Los factores personales (resiliencia, autoestima y relaciones de interdependencia con otros significativos) destacan por encima de los factores ambientales como elementos que favorecen la adaptación ocupacional. La función de la ocupación se revela como factor condicionante de adaptación ocupacional.

Capítulo 6. Discusión general

6. Discusión general

6.1 En relación al primer objetivo:

De acuerdo a los resultados encontrados en esta primera aproximación al grupo ampliado de 101 adultos mayores, se encuentra en general un buen nivel de bienestar, sin observarse en primera instancia que los factores sociodemográficos y de participación social o en ocupaciones significativas, marcaran una diferencia a excepción del número de organizaciones en las que se participa. Observándose que a mayor cantidad de grupos en los que se participa, mayor puntaje en la escala de bienestar Ryff.

De este primer resultado se puede comentar la importancia de la participación en actividades para el bienestar del adulto mayor. En general estas actividades ofertadas desde el sistema estatal a través de los municipios y SENAMA, en la región de Magallanes, han buscado potenciar el desarrollo comunitario, invitando a los mayores a incorporarse a grupos con diversos matices, desde las agrupaciones de adulto mayor, juntas de vecinos, grupos folclóricos, de baile o de actividades deportivas como gimnasia y natación, entre otras. A través de este estudio se demuestra que la cantidad de grupos en los que los mayores se comprometen incide en su percepción de bienestar, por lo cual se ratifica la necesidad de mantener e incluso ampliar esta oferta de actividades a la comunidad, con el fin de fomentar el aumento del bienestar en la población.

Al realizar el análisis por dimensiones también se asocian a la participación en organizaciones, las relaciones positivas, lo cual hace pensar que el

involucrarse en estas actividades grupales potencia y mejora aspectos como socialización y sensación de pertenencia, al estar de manera periódica relacionándose con un grupo de pares, quienes van conociéndose y consolidándose en el tiempo, representando para algunos, un espacio afectivo o emocional que antes ocupaba la familia y seres queridos, círculo que en esta etapa tiende a reducir (Tomiaka et al., 2015).

También se relaciona esta participación en actividades, con las dimensiones propósito en la vida y crecimiento personal, representando para algunos la forma de recobrar un sentido y motivación personal. El vincularse con ocupaciones que les permitan mantenerse activos desde el punto de vista motor y cognitivo, poniendo en juego también el despliegue de habilidades particulares, permite a los mayores mantenerse en crecimiento y desarrollo personal, lo cual es concordante con la definición de bienestar psicológico (Ryff & Singer, 1998) y con los objetivos de la Terapia Ocupacional (Edwards & Christiansen, 2005). Cabe destacar también las actividades de voluntariado a través de las cuales los mayores tienen la posibilidad de aumentar sus contactos sociales y ayudar a otros (Abolfathi, Ibrahim & Hamid, 2014). El desarrollo de programas que permita a las personas mayores mantenerse no sólo activos, sino en crecimiento personal resulta fundamental en la visión que debe tenerse al planificar las intervenciones con este grupo etario.

Destaca además la tendencia observada, de mejor percepción de bienestar en quienes dirigen organizaciones, en comparación con quienes no ocupan cargos directivos. Considerando que en nuestra muestra el mayor porcentaje de

dirigentes eran hombres, en comparación con la gran cantidad de mujeres que participan en organizaciones sociales, llama la atención que los hombres, en general más reacios a participar en actividades sociales, puedan verse atraídos a incorporarse en grupos, asumiendo funciones de gestión. Lo anterior sugeriría potenciar la participación masculina a través del compromiso en roles directivos y a su vez potenciar que más mujeres asuman también funciones de liderazgo en sus organizaciones, lo cual pudiese ayudarlas a mejorar su percepción de bienestar.

Desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación, aunque la forma de la ocupación en el adulto mayor puede ser variada, dependiendo de los intereses y posibilidades de acceso de las personas, en este estudio toma relevancia la realización de actividades con otros, a través de la participación en organizaciones y grupos, desde donde la ocupación se entrelaza con la participación social, representando ésta, un elemento que incide en la percepción de bienestar. La función de la ocupación, resulta entonces representada como la motivación a movilizarse, a salir de casa y participar con otros, a romper la rutina y conectarse con otras realidades, asumir roles y sentirse parte de un grupo (Hammell, 2014). En otras palabras a través de la ocupación se favorece el proceso de adaptación social, demostrándose en la relación de esta participación, con mejor percepción de bienestar, siendo éste menor en la medida que menos se participe en agrupaciones. Por último el significado de la ocupación aunque no se relata en este estudio, puede asociarse a las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal, ambos que se potencian por la

participación en actividades con sentido personal, que proporcionan expectativa de futuro y desarrollo de potenciales vinculados a la identidad de las personas.

En los resultados encontrados, se repite una tendencia descrita en otras investigaciones que asocian mayor grado de escolaridad con mayor nivel de bienestar (Carmona-Valdés & Ribeiro-Ferreira, 2010; Tomás et al., 2009), reflejado en la dimensión crecimiento personal. Esto puede significar que las personas con mayor nivel de estudios poseen mayores recursos personales para afrontar los distintos eventos de su vida, pudiendo responder de manera más eficaz a los cambios biológicos, psicológicos y emocionales que en esta etapa se describen. Por lo anterior sería interesante considerar, como medida preventiva, mayores esfuerzos para impulsar la nivelación de estudios y aumentar el nivel de escolaridad a la población general, con el fin de entregar más recursos que permitan mejorar la autogestión del adulto mayor y así lograr un mayor nivel de bienestar en esta etapa.

Por otra parte algunos estudios (Gustavson & Lee, 2004), plantean que quienes viven solos presentan mayor libertad para elegir qué hacer y tomar sus propias decisiones y que vivir solo a esas edades, no se encuentra necesariamente asociado a depresión o bajo nivel de bienestar (Hawton et al., 2011). Según CASEN de 2011, la región que presentó mayor índice de adultos mayores viviendo solos fue la región de Magallanes. En nuestro estudio los sujetos que viven solos comparados con aquellos que viven con otros familiares, presentan mayores puntajes en dimensión autonomía. Considerando lo anterior sería interesante incorporar en la región, programas de apoyo a personas que

vivan solas, con el fin de reforzar aspectos como autonomía y autogestión, temas que pueden ser abordados desde la mirada de Terapia Ocupacional, orientados a lograr un adulto mayor con más recursos para desempeñarse satisfactoriamente en forma autónoma. Además considerando los resultados encontrados que plantean que los mayores que presentan mejor percepción de bienestar, no son quienes viven con otros familiares, sino quienes viven solos o con sus parejas, es necesario considerar las necesidades de vivienda independiente, en el caso de personas en condiciones de vivir en forma autónoma, quienes podrían elegir vivir o no con otros, y no estén necesariamente obligados a vivir con la familia extendida.

6.2. En relación al segundo objetivo: Después de conocer la perspectiva general de la muestra ampliada en este estudio, se trabajó en el análisis del discurso de entrevistas en profundidad de 16 participantes quienes presentaban los mayores y menores puntajes de acuerdo a la escala de bienestar aplicada (Palma et al., 2016). En este proceso surgen dos tipos de discursos, el primero de quienes presentaban mayor percepción de bienestar, en el cual se evidenciaron procesos de adaptación exitosa, participaban en ocupaciones significativas y mostraban sentimientos de autoeficacia, autoestima, motivación y proyectos futuros. El segundo grupo presentó un discurso centrado en el pasado, en el cual no apareció la realización de ocupaciones con sentido personal, y se apreciaron estigmas de vejez y de género. Este último grupo también denota percibir mayores limitantes, asociadas principalmente a aspectos económicos y el clima.

De acuerdo a los hallazgos encontrados confirmamos la participación en ocupaciones como un elemento relevante en la percepción de bienestar (Schell, Gillen, Scaffa & Cohn, 2013). Encontrando en quienes presentaban mejor adaptación, factores personales como capacidad de resiliencia, autoestima y destrezas sociales, los cuales favorecerían el proceso. Esto resulta interesante, ya que estas características pueden ser desarrolladas y potenciadas a través de intervención con apoyo de profesionales como psicólogos y terapeutas ocupacionales de manera preventiva, con el fin de fortalecer los recursos personales para asumir esta etapa. A su vez se observa de acuerdo a las narraciones, que la participación en ocupaciones refuerza especialmente aspectos como autoestima, a través del descubrimiento de su propio potencial y sentido de eficacia, al sentir que son efectivos en la realización de sus ocupaciones (Viana & Pellegrini, 2014) y apreciados en su entorno cercano. También la participación social favorece el fortalecimiento de destrezas sociales y sentido de pertenencia, esto último cobra relevancia, particularmente en esta etapa en la cual los vínculos sociales y familiares tienden a desaparecer (Tomiaka et al., 2015).

Sin embargo también se plantea que en esta etapa etaria, las relaciones sociales y los vínculos de amistad cobran una especial relevancia (Coll-Planas et al., 2015), lo cual se ve reflejado en nuestro estudio a través de la importancia que se le asigna a la realización de ocupaciones con otros significativos, denominadas desde la Ciencia de la Ocupación, como co-ocupaciones (Pierce, 2009). En este sentido se observan, de forma repetida, relatos que resaltan la interdependencia que se produce en la participación acompañados de un otro a diversas

actividades, muchas de las cuales se abandonan en ausencia de éste, impactando así en la sensación de bienestar.

Dentro de los factores ambientales destaca la importancia de la familia como un elemento fundamental de contención e interacción afectiva, percibiéndose que en algunos de los entrevistados, la ausencia de lazos familiares se relaciona con alta connotación emocional depresiva, manifestando sensación de soledad y abandono (Fernández et al., 2013). En cambio quienes presentan fuertes vínculos tanto con su pareja como con sus hijos, se sienten más contentos y motivados a realizar más actividades y salir de casa. Desde esta perspectiva la intervención con el adulto mayor debería contemplar un enfoque orientado a mejorar los vínculos familiares y la red cercana, con el fin de proveer a los adultos mayores de redes sociales, favoreciendo que se establezcan relaciones afectivas que den soporte emocional, mejoren la motivación y finalmente eleven su percepción de bienestar. Lo anterior aunque está planteado de alguna forma desde las políticas dirigidas a la población mayor desde SENAMA, requiere incorporar elementos específicamente dirigidos a mejorar los vínculos familiares intergeneracionales y de reactivación de relaciones que se han interrumpido por diversas situaciones como la distancia geográfica, entre otras. En la actualidad con la tecnología existente es posible pensar en disminuir las distancias y aumentar el contacto con los seres queridos aunque estén lejos. Se sugiere incorporar a los adultos mayores en el uso de internet y plataformas de redes sociales virtuales, a través de talleres de capacitación y propiciar la subvención estatal para el acceso de nuevas tecnologías por parte de los mayores.

En la misma temática de fortalecer las relaciones sociales y redes de los mayores, se sugiere crear espacios para convivencia social más sistemáticos y permanentes que incorporen ocupaciones que permitan establecer mayor comunicación interpersonal y conocimiento más profundo y cercano con los pares, promoviendo el encuentro y formación de lazos de amistad que puedan permanecer en el tiempo. Incorporar por ejemplo la realización de viajes y paseos en grupo, que se ha estado promoviendo en nuestro país para los adultos mayores por el Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR), ha sido un elemento destacado por algunos de los entrevistados y que provee una experiencia personal relevante. Los participantes conocen distintos lugares, disfrutan, socializan y se fomenta la creación de lazos que tienden a mantenerse en el tiempo. Iniciativas como éstas, así como grupos en los cuales se compartan intereses, literarios, artísticos o deportivos, pueden favorecer estas necesidades afectivas y sociales.

Por otra parte dentro de los factores ambientales, el aspecto climático, para quienes presentan mejores índices de bienestar, no resulta ser un tema relevante, demostrando una actitud positiva frente a éste y comentando estrategias para enfrentarlo. No así en el grupo de baja percepción, en el cual el clima es considerado una limitante a la hora de salir o participar en actividades fuera del hogar, relatando que prefieren quedarse en casa en días muy fríos. Lo anterior representa un desafío para la planeación de las actividades dirigidas a los adultos mayores en la región, las cuales deben ser lo suficientemente motivantes para atraer a los mayores aún en tiempos de clima extremo. El cómo lograr esta motivación, de acuerdo a lo que nos deja ver este estudio, guarda relación con

lograr ofertar actividades que resulten significativas para las personas, lo cual implica considerar diversificar la oferta existente, incorporando nuevas actividades después de recoger los intereses de grupos a los cuales actualmente no se está captando. En este sentido incorporar la mirada de la Terapia Ocupacional, en la planificación de la intervención en comunidad de adultos mayores, puede resultar de gran ayuda.

Por último dentro de los factores ambientales, y principalmente relatado por los participantes que presentaron mas bajos índices de bienestar se percibe como relevante las dificultades económicas, que en algunos casos se plantean como una limitante para participar en ocupaciones ya sea por costo del traslado que esto conlleva o por gastos asociados a la realización de convivencias o aportes, que se solicitan en forma de cuotas mensuales en algunos grupos. También se menciona la escasez de recintos techados para realizar algunas actividades, (piscina, etc.), y la necesidad de incorporar en algunas instalaciones, adaptaciones para personas con movilidad reducida. Estos aspectos debieran ser considerados en la planificación de actividades orientadas a los adultos mayores, con el fin de lograr una participación más masiva y disminuir dentro de lo posible las limitaciones existentes.

Siguiendo el análisis de la información de acuerdo al modelo PAO, los factores relacionados con la ocupación que se vinculan con el bienestar de acuerdo a lo que pudimos observar dentro del análisis del discurso de los entrevistados, se aprecia la aparición de distintos intereses vinculados a tipos de ocupaciones, siendo quienes manifiestan procesos de adaptación exitosos

quienes mayormente las realizan. Estas actividades resultaron relacionarse con las habilidades e intereses de las personas, ya sea actividades deportivas, artísticas, participación social y dirigencia comunitaria. De lo anterior se deduce la importancia de que la actividad se relacione con los intereses y habilidades de los sujetos, para que se logre la motivación y el compromiso para la participación.

Posteriormente se puede observar como ésta ocupación se ha ido incorporando en la rutina de las personas de manera significativa, ocupando un lugar relevante que permite construir una identidad ocupacional en esta etapa en la cual han desaparecido algunos de sus roles antiguos. Para algunos esto constituye una forma de reinventarse y vivir una especie de “segundo tiempo” en sus vidas, comprometiéndose en aquellas actividades que se relacionan con ellos y que antes no pudieron realizar por falta de tiempo u otras razones, e incluso algunos han descubierto nuevas facetas que les han permitido volver a motivarse con la vida a través de la ocupación, mostrando incluso un sentido de propósito y proyecto futuro.

La ocupación para algunos también ha resultado ser un aliciente desde la perspectiva de su autoestima y sentido de eficacia, logrando sentir que son capaces de tener nuevos logros y aprender cosas distintas. Este aliciente refuerza así también, su propia identidad.

En resumen, a través de los relatos pudimos detectar procesos de adaptación ocupacional exitosos, donde se puede observar una reconstrucción de identidad ocupacional positiva, sentido de eficacia a través de su competencia

ocupacional y un fuerte componente de significado personal en las ocupaciones con las que se han comprometido.

Lo anterior nos insta a seguir trabajando e impulsando acciones desde la perspectiva del hombre como ser ocupacional, como se plantea en Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, entendiendo desde ésta perspectiva, que la ocupación permite al ser humano no detener su crecimiento y mantener su desarrollo personal en cualquier etapa de la vida.

6.3 Limitaciones de la presente tesis doctoral y futuras líneas de investigación.

Dentro de las limitaciones que podemos mencionar, además de la limitada capacidad de extrapolación de los datos propia de los estudios cualitativos, se debe señalar que tres adultos mayores con bajo puntaje de bienestar declinaron participar por desinterés o falta de tiempo. Por otra parte, aunque se intentó obtener una muestra de similares características sociodemográficas entre ambos grupos no fue totalmente posible, esto debido a que quienes obtuvieron los mayores puntajes poseían mayor nivel educativo.

También señalamos el número de sujetos estudiados y los resultados desiguales del uso de la Escala de Ryff en estudios previos con mayores en Chile respecto a los obtenidos en otros países. Sería deseable considerar, para próximos estudios, la Escala de Ryff abreviada, la ponderación de la muestra en relación a aspectos sociodemográficos, número de dirigentes y homogenización de quienes participan o no en organizaciones, con objeto de contrastar los

hallazgos encontrados. Esto sugiere que se necesitarían incluir más variables para incrementar estos valores y así obtener modelos explicativos más robustos. En nuestro caso, no se incluyeron más variables debido a la limitación en el tamaño muestral, aspecto que debería ser subsanado en futuras investigaciones.

Como futuras líneas de investigación sería interesante poder aplicar la escala de percepción de bienestar de Ryff, en una población mayor con el fin de realizar análisis más representativos de los adultos mayores de la región.

También se sugiere profundizar el análisis del discurso de grupos específicos de población, con el fin de identificar estrategias personales que favorecen el proceso de adaptación y bienestar, considerando grupos como, dirigentes , viudas o personas que viven solas.

Capítulo 7. Conclusiones

7. Conclusiones

1. La mayoría de personas mayores estudiadas participa en organizaciones y su percepción de bienestar resulta positiva, aún considerando que una alta proporción presenta situaciones de enfermedad.

2. Mayor nivel de estudios, vivir solos, participar en ocupaciones significativas en grupos u organizaciones y ejercer tareas de dirección aumentan el grado de bienestar y contribuyen al crecimiento personal.

3. La participación en ocupaciones significativas incide en la percepción de bienestar. Las personas que han logrado un proceso de adaptación ocupacional exitoso, construyen una nueva identidad ocupacional asociada al sentido de eficacia y competencia ocupacional y están comprometidos en una ocupación que les resulta significativa, presentan mayores índices de bienestar

4. Los factores personales, como la resiliencia, autoestima y relaciones de interdependencia con otros significativos, se evidencian como elementos que favorecen el bienestar.

5. Los factores ambientales de la región, no inciden especialmente en la participación en ocupaciones significativas dado que los individuos adaptados, elaboran estrategias para salvarlos.

6. Dentro del desarrollo de la Ciencia de la Ocupación e intervenciones de Terapia Ocupacional, este estudio corrobora la importancia del significado personal de las ocupaciones realizadas en la vejez, y como éstas impactan en el fomento de la autoestima a través de la sensación de autoeficacia y la construcción de una

nueva identidad personal. Lo anterior permite orientar con mayor claridad el desarrollo de planes y programas orientados al bienestar en el adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abolfathi Momtaz, Y., Ibrahim, R., & Hamid, T. A. (2014). The impact of giving support to others on older adults' perceived health status. *Psychogeriatrics*, 14(1), 31-37. doi:10.1111/psyg.12036
- Achenbaum, W. A. (2001). Productive aging in historical perspective. *Productive aging: Concepts and challenges*, 19-36.
- Agar Corbinos, L. (2001). Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas. *Acta bioethica*, 7(1), 27-41.
- Alkire S., Roche J., Santos M., & Seth S. (2011). *Multidimensional Poverty Index: New results, Time Comparisons and Group Disparities*. New York: PNUD-HDRO.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología Interamericana / Journal of Psychology*, 40, 99-106.
- Alonso, J., Anto, J. M., & Moreno, C. O. N. C. H. I. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80(6), 704-708.
- Allen J. (2015). Ageism as a risk factor for chronic disease. *The Gerontologist*, Advance online publication. doi: 10.1093/geront/gnu158

- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: The development and measurement of perceptual indicators. *New York: Plenum.*
doi,10, 978-1.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 35, 2, 161 – 164.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED,* 1(1), 147-158.
- Arenas Vásquez, F., Aliaga Bustos, G., Marchant Santiago, C., & Sánchez Acuña, R. (2005). El espacio geográfico magallánico: antecedentes acerca de su estructura y funcionamiento. *Tiempo y Espacio,* 15.
- Arguedas O, Anderson GB, Fasth A., 1997. The Costa Rica childhood health assessment questionnaire: CR-CHAQ. *J Rheumatol,* 24, 2233-2241.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist,* 29, 183-190.
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: Creating positive experiences.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B., Due, P., Sakari-Rantala, R. & Heikkinen, R. (2004): The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology: Social Sciences,* 59B(1), 44-51
- Badia, X., & Alonso, J. (1995). Re-scaling the Spanish version of the sickness

- impact profile: An opportunity for the assessment of cross-cultural equivalence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(7), 949-957.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1998). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina clinica*, 112, 79-85.
- Badia, X., Podzamczar, D., Garcia, M., & Consiglio, E. (1999). A randomized study comparing instruments for measuring health-related quality of life in HIV-infected patients. *Aids*, 13(13), 1727-1735.
- Bagatell, N., & Womack, J. L. (2016). Human capacity for action as core content in occupational science education. *Journal of Occupational Science*, 23(4), 514-518. doi:10.1080/14427591.2016.1226682
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.
- Barros, C. (2003). Informe técnico FONDECYT 1020643: “Componentes de la calidad de vida del adulto mayor y factores asociados”. Santiago de Chile.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: The Guilford Press.
- Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age?

Findings from a British survey of ageing. *Social science & medicine*, 64(12), 2533-2549.

Broome, K., McKenna, K., Fleming, J., & Worrall, L. (2009). Bus use and older people: A literature review applying the Person-Environment-Occupation model in macro practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(1), 3-12. doi:10.1080/11038120802326222

Bueno & Valle (2008). *Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores* [Internet]. 1st ed. Universidad de Granada; 2011 [cited 12 January 2017]. Available

from:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006

Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of life review. *Journal of American Geriatric Society*, 22(2), S29-S35.

Butler, R. N., & Gleason, H. P. (1985). *Productive aging*. Springer Pub. Co.

Cabañero, M.a J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, M.a I., Reig, A. & Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*, 16, 448-455.

Cahill, M., Connolly, D., & Stapleton, T. (2010). Exploring occupational adaptation through the lives of women with multiple sclerosis. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 106-115.

doi:10.4276/030802210x12682330090415

Cardona Arango, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.

Castro Solano, A., & Grinhauz, A. S. (2011). Las rutas de acceso al bienestar, relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Carmel, S. (2012). Gender differences and the will-to-live in old age. *Przegląd Lekarski*, 69(2), 49-53.

Carmona Valdés, S. E., & Ribeiro Ferreira, M. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de población*, 16, 163-185.

Cardiel, M. H., Abello-Banfi, M., Ruiz-Mercado, R., & Alarcon-Segovia, D. (1992). How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-English speaking patients: validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index (Spanish HAQ-DI). *Clinical and experimental rheumatology*, 11(2), 117-121.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

Castillo, M. (2009). Envejecimiento exitoso. *Medica Clínica Condes*, 20(2), 167-174.

CEPAL; 2001; Feres JC, Mancero X. *El método de las necesidades básicas insatisfechas y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago de Chile.

Chilvers, R., Corr, S., & Singlehurst, H. (2010). Investigation into the occupational lives of healthy older people through their use of time. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(1), 24-33. doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00845.x

Chitgian-Urzúa, V., Urzúa, A., & Vera-Villaruel, P. (2013). Análisis preliminar de las Escalas de Bienestar Psicológico en población chilena. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 5-14.

Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547-558.

Christiansen, C. (2000). Identity, personal projects and happiness: Self construction in everyday action. *Journal of Occupational Science*, 7(3), 98-107. doi:10.1080/14427591.2000.9686472

Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137.

Clark, F., Parham, D., Carlson, M. E., Frank, G., Jackson, J., Pierce, D., et al. (1991). Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy*,

45, 300-310.

Clark, F. (2006). One Person's Thoughts on the Future of Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 13(2-3), 167-179. doi:10.1080/14427591.2006.9726513

Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D. . & Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults - A randomized controlled trial. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326. doi:10.1001/jama.278.16.1321

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

Coll-Planas, L., Del Valle Gomez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T., & Monteserin, R. (2017). Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health Soc Care Community*, 25(1), 145-157. doi:10.1111/hsc.12284

Cuadra, I. G., & Moyano-Díaz, E. (2012). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas psychologica*, 11(3).

Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. Basic Books.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Rowe.

- De Haro Honrubia, A. (2014). El estigma en la vejez. Una etnografía en residencias para mayores. *Intersecciones en Antropología*, 15(2), 445-459.
- De Souto Barreto, P. (2014). Direct and indirect relationships between physical activity and happiness levels among older adults: a cross-sectional study. *Aging & Mental Health*, 18(7), 861-868. doi:10.1080/13607863.2014.896863
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., & Valle, C. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Eakman, A. M., Carlson, M. E., & Clark, F. A. (2010). The meaningful activity participation assessment: a measure of engagement in personally valued activities. *International Journal of Aging & Human Development*, 70(4), 299-317. doi:10.2190/AG.70.4.b
- Eriksson, G. M., Chung, J. C., Beng, L. H., Hartman-Maeir, A., Yoo, E., Orellano, E. M., ... & Baum, C. M. (2011). Occupations of older adults: a cross cultural description. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(4), 182-192. doi:10.3928/15394492-20110318-01
- Eriksson, G., Kottorp, A., Borg, J., & Tham, K. (2009). Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(3), 187-194.

- Escalante, A., Lichtenstein, M. J., Ríos, N., & Hazuda, H. P. (1996). Measuring chronic rheumatic pain in Mexican Americans: Cross-cultural adaptation of the McGill pain questionnaire. *Journal of clinical epidemiology*, 49(12), 1389-1399.
- Edwards, D., & Christiansen, C. (2005). Occupational development. *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*, 42-63.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139, 579-586.
- Herranz, J.L., Casas-Fernández, C. 1996. Escala de Calidad de Vida del niño con epilepsia.(CAVE). *Rev Neurol*; 24: 28- 30.
- House, J.S.(1981). *Work stress and social support*. Reading, MA; Addison-Wesley.
- Fernández, O., Muratori, M., & Zubieta, E. (2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de psicología*, 108, 7-24.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). Active aging: The contribution of psychology. Hogrefe Publishing.
- Fernández-Ballesteros, R., & Zamarrón, M. D. al.(2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Francke, M. E. (2011). *Sentido de la Vida y el Adulto Mayor en el Área Metropolitana de Monterrey*. México. Editorial: el autor, 1-33.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Cien*

Saude Colet, 20(5), 1475-1495. doi:10.1590/1413-81232015205.00502014

Gallagher, M., Muldoon, O. T., & Pettigrew, J. (2015). An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.01281

Gallardo Cuadra, I., & Moyano-Díaz, E. (2012). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 11, 931-939.

García Garrido, A. B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria*. Tesis doctoral, Universidad de Cantabria.

Glass, T. A. (2003). Assessing the success of successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(5_Part_1), 382-383.

Goodman, L. A. (1961). Snowball Sampling. 148-170.

doi:10.1214/aoms/1177705148

Goycochea-Robles, M. V., Garduno-Espinosa, J., Vilchis-Guizar, E., Ortiz-Alvarez, O., & Burgos-Vargas, R. (1997). Validation of a Spanish version of the Childhood Health Assessment Questionnaire. *The Journal of rheumatology*, 24(11), 2242-2245.

Griffith, J., Caron, C. D., Desrosiers, J., & Thibeault, R. (2007). Defining spirituality and giving meaning to occupation: the perspective of community-dwelling older adults with autonomy loss. *Can J Occup Ther*, 74(2), 78-90.

Gustavson, K., & Lee, C. D. (2004). Alone and content: Frail seniors living in their

- own home compared to those who live with others. *Journal of Women & Aging*, 16(3-4), 3-18. doi:10.1300/J074v16n03_02
- Hammell, K. R. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy-Revue Canadienne D Ergotherapie*, 81(1), 39-50. doi:10.1177/0008417413520489
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. *Processes of aging: Social and psychological perspectives*, 1, 299-320.
- Hasselkus, B. R. (2011). *The meaning of everyday occupation*. Slack Incorporated.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., . . . Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57-67. doi:10.1007/s11136-010-9717-2
- Herrera, E. M., López, A. A., & Pérez, B. C. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 28(2).
- Herrera Ponce, M. S., Elgueta Rosas, R. P., & Fernandez Lorca, M. B. (2014). Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Revista De Saude Publica*, 48(5), 739-749. doi:10.1590/s0034-8910.2014048004759
- Hennessy, C. H., Moriarty, D. G., Zack, M. M., Scherr, P. A., & Brackbill, R. (1994). Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public health reports*, 109(5), 665.

- Hocking, C. (2000). Occupational science: A stock take of accumulated insights. *Journal of Occupational Science*, 7(2), 58-67. doi:10.1080/14427591.2000.9686466
- Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the “new gerontology”. *The Gerontologist*, 43(6), 787-796.
- Howie, L., Coulter, M., & Feldman, S. (2004). Crafting the self: Older persons' narratives of occupational identity. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 446-454.
- Huxhold, O., Miche, M., & Schüz, B. (2014). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(3), 366-375.
- Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, K., Kawachi, I., Takeda, T., & Endo, H. (2013). Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science & Medicine*, 94, 83-90. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.006
- Instituto Nacional de Estadísticas,, 2014.*Anuario vital de estadísticas* 2014.Servicio de Registro Civil e identificación, Ministerio de Salud. Chile.
- Jackson, J. (1996). Living a meaningful existence in old age. In R. Zemke & F. Clark (Eds.), *Occupational science: the evolving discipline*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Jette, A. M. (1980). Functional Status Index: reliability of a chronic disease

evaluation instrument. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 61(9), 395-401.

Joseph, S., Linley, P. A., Harwood, J., Lewis, C. A., & McCollam, P. (2004). Rapid assessment of well-being: The Short Depression-Happiness Scale (SDHS). *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 77(4), 463-478.

Kaufman, E. R. (1986). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: Theory and application*: 4th ed Lippincott Williams & Wilkins.

Kim, M., Kim, H., Cha, K., & Lim, J. (2007). What makes Korean happy? Exploration on the structure of happy life among Korean adults. *Social Indicators Research*, 82(2), 265-286.

Klinger, L. (2005). Occupational Adaptation: Perspectives of People with Traumatic Brain Injury. *Journal of Occupational Science*, 12(1), 9-16.
doi:10.1080/14427591.2005.9686543

Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.

Kawagoe, T., Onoda, K., & Yamaguchi, S. (2017). Associations among executive function, cardiorespiratory fitness, and brain network properties in older adults. *Scientific Reports*, 7. doi:10.1038/srep40107

- Lara, M. D. C. L., De León, S. P., & De la Fuente, J. R. (1996). Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Salud Mental*, 19(Supl 3), 30-35.
- Larson, E., Wood, W., & Clark, F. (2005). Ciencia ocupacional: desarrollo de la ciencia y la práctica de la ocupación a través de una disciplina académica. In *Willard & Spackman Terapia ocupacional* (10a. ed., pp. 15-26). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12), 2141-2149.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. doi:doi:10.1177/000841749606300103
- Lawlor, M. C. (2003). The significance of being occupied: The social construction of childhood occupations. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(4), 424-434.
- Lher, U., (1982).Socio-Psichological correlates of longevit. ISSN: 01988794, Annual Review of gerontology and Geriatrics, 3, 102-147
- Letts, L., Law, M., Rigby, P., Cooper, B., Stewart, D., & Strong, S. (1994). Person-environment assessments in occupational therapy. *Am J Occup Ther*, 48(7),

608-618.

Liddle, J., Gustafsson, L., Bartlett, H., & McKenna, K. (2012). Time use, role participation and life satisfaction of older people: Impact of driving status. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(5), 384-392. doi:10.1111/j.1440-1630.2011.00956.x

Lewis, C.A., Francis, L.J., & Zieberts, H.G. (2002). The internal consistency reliability and construct validity of the German translation of the Oxford happiness inventory. *North American Journal of psychology* 4, 211-220

Leturia, M., & Yanguas, J. J. (1998). *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*.

López-García, G. A., Valois-Figueroa, L., Arias-Gomez, J., Alonzo-Vazquez, F., Cardenas-Navarrete, R., Villasís-Keever, M. A., ... & Morales-Castillo, M. E. (1996). Validación del cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 53(12), 606-615.

López GA, Hernández HD, Benítez AH, Villasís KMA, Bermúdez RR, Martínez (1996). GMA, Un instrumento para medir la calidad de vida por medio del desempeño diario en pacientes pediátricos con leucemia. *Gac Med Mex*;132:19-28.

Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social indicators research*, 46(2), 137-155.

- Macia, E., Lahmam, A., Baali, A., Boëtsch, G., & Chapuis-Lucciani, N. (2009). Perception of age stereotypes and self-perception of aging: A comparison of French and Moroccan populations. *Journal of cross-cultural gerontology*, 24(4), 391-410.
- McGuire, S. L., Klein, D. A., & Chen, S. L. (2008). Ageism revisited: A study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing & health sciences*, 10(1), 11-16.
- Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., & Perrig-Chiello, P. (2015). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging & Mental Health*, 1-10. doi:10.1080/13607863.2015.1102197
- Martín, A. & Luna JD. (1999). *50 ± 10 horas de bioestadística*. Madrid, España, Capitel
- Martín, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14-25. doi:10.1093/geront/gnu044
- Markus, H. R., & Herzog, A. R. (1999). The self-concept in life span and aging research. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 227-252). New York: Springer.
- Maddi, S. R. (1998). Creating meaning through making decisions. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 3-26). Mahwah, NJ:

Lawrence Erlbaum Associates.

Matus-López, M., & Cid Pedraza, C. (2014). *Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012-2020*.

Moody, H. R. (2001). Productive aging and the ideology of old age. *Productive aging: Concepts and challenges*, 175-196.

McGuire, S. L., Klein, D. A., & Chen, S. L. (2008). Ageism revisited: A study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing & Health Sciences*, 10, 11-16. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00336.x

Mendes de Leon, C., Glass, T. & Berkman, L. (2003): "Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults". *American Journal of Epidemiology* 157 (7), pp. 633-642

Meléndez J. C., Navarro, E., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42.

Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M., & Navarro Pardo, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(2), 90-95. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71161-2

Melguizo Herrera, E., Acosta López, A., & Castellano Pérez, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 28, 261-268.

Mella, R., González, L., D'apponio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche (Santiago)*, 13(1), 79-89.

Ministerio de Desarrollo Social (2015). *Encuesta CASEN 2013: adultos mayores, síntesis de resultados*. Recuperado en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. Distribucion del Ingreso. CASEN 2011 [Internet]. Santiago; 2011. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/ingreso_2011.pdf

Ministerio de desarrollo Social. *Encuesta CASEN 2013: adultos mayores, síntesis de resultados*. Retrieved from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf.

Molina C., W. (2011). Identidad regional en Magallanes, sus expresiones simbólicas y territoriales. *Magallania (Punta Arenas)*, 39, 59-69.

Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Oficina encargada del Informe sobre Desarrollo Humano. *The Human Development Index (HDI)*. Nueva York: PNUD; 2011.

Nayar, S., & Stanley, M. (2015). Occupational Adaptation as a Social Process in Everyday Life. *Journal of Occupational Science*, 22(1), 26-38.

doi:10.1080/14427591.2014.882251

Nelson, D. L., & Jepson-Thomas, J. (2003). Occupational form, occupational performance, and a conceptual framework for therapeutic occupation. *Perspectives in human occupation: Participation in life*, 87-155.

Nielsen, G., Wikman, J. M., Jensen, C. J., Schmidt, J. F., Gliemann, L., & Andersen, T. R. (2014). Health promotion: the impact of beliefs of health benefits, social relations and enjoyment on exercise continuation. *Scand J Med Sci Sports*, 24 Suppl 1, 66-75. doi:10.1111/sms.12275

Organización Mundial de la Salud(2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. In: OMS Ginebra. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Ortiz Arriagada, J. B., & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia : contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15, 25-31.

Ortiz, L. P. (2006). La estructura social de la vejez en España. *Nuevas y viejas formas de envejecer*.

Osorio, P., Torrejón, M. J., Meersohn, C., & Anigstein, M. S. (2011). Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile. *Salud & Sociedad*, 2(2), 203-217.

Otero, A., Zunzunegui M. V., Beland, F., Rodríguez Laso, A., & García de Yébenes, M. J. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. *Documento de Trabajo FBBVA2006 no 9*.

- Palloni, A., Pelaez, M., & Wong, R. (2006). Introduction: aging among Latin American and Caribbean populations. *J Aging Health*, 18(2), 149-156. doi:10.1177/0898264306286766
- Palma Candia, O., Hueso Montero, C., Ortega-Valdivieso, A., Montoya Juárez, R., & Cruz-Quintana, F. (2016). *Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile*, 144, 1287-1296.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer Publishing Company.
- Parsons, L., & Stanley, M. (2008). The lived experience of occupational adaptation following acquired brain injury for people living in a rural area. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(4), 231-238. doi:10.1111/j.1440-1630.2008.00753.x
- Pavot, W. & Diener. (1999). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pavot, W., Diener, E. D., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*, 57(1), 149-161.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*, 6(1), 25-41.

- Phelan, E. A., & Larson, E. B. (2002). "Successful aging"—where next?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.
- Pierce, D. (2009). Co-occupation: The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203-207.
doi:10.1080/14427591.2009.9686663
- Pierce, D., & Marshall, A. (2004). Maternal management of home space and time to facilitate infant/toddler play and development. *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*, 73-94.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(4), P195-P213. doi:10.1093/geronb/56.4.P195
- Poon, L. W., Gueldner, S. H., & Sprouse, B. M. (2003). *Successful aging and adaptation with chronic diseases*. Springer Publishing Company.
- Prados D, & Leiva F 1997. Medición de la calidad en función de los resultados. *En Tratado de calidad asistencial en Atención primaria*. Madrid; Duphont Pharma, SA.
- Puga González, M. D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K., & Castro Martín, T. (2007). *Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra*.
- Ramirez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness.

Aging Ment Health, 18(4), 463-470. doi:10.1080/13607863.2013.856858

Rankin, A. (1993). Functional independence measure. *Physiotherapy*, 79(12), 842-843.

Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology* 52, 141-66.

Reed, K., Hocking, C., & Smythe, L. (2010). The interconnected meanings of occupation: The call, being-with, possibilities. *Journal of Occupational Science*, 17(3), 140-149.

Reker, G. T., & Wong, P. T. P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren, V. L. Bengtson, & D. E. Deutchman (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214-246). New York: Springer.

Riera, J. (2005). *Contra la tercera edad. Por una sociedad para todas las edades*. Barcelona: Icaria.

Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M., & Torres, M. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 23(3), 147-53.

Romero Carrasco, A. E., García-Mas, A., & Brustad, R. J. (2009). State of the art and current perspective of psychological well-being in sport psychology

Rowe, J. W. et Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*,

- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 213-235). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-81.
- Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.
- Schell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M., & Cohn, E. S. (2013). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor) [Internet]. Guía de Programas y Beneficios Sociales de SENAMA (2015-2016). [Consultado: noviembre de 2015]. disponible: <http://www.senama.cl/Programas.html#>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos [INTA], Microdatos Universidad de Chile (2009). *Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores*.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2013). *Chile y sus mayores. Resultados tercera encuesta de calidad de vida en la vejez*. SENAMA, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja los Andes. Chile.

- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Shankar, A., Rafnsson, S. B., & Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology & health*, 30(6), 686-698.
- Siegrist, J., Von dem Knesebeck, O., & Pollack, C. E. (2004). Social productivity and well-being of older people: A sociological exploration. *Social Theory & Health*, 2(1), 1-17.
- Stanley, M. (2006). *Older people's understandings and perceptions of well-being: a grounded theory*. (Doctoral thesis in Philosophy), University of South Australia, Australia.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*, 385(9968), 640-648. doi:10.1016/s0140-6736(13)61489-0
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*: Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Stewart, A. L. (1992). *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. Duke University Press.
- Swami, V. (2008). Translation and validation of the malay subjective happiness scale. *Social Indicator Research*, 88,347-353.

- Thumala, D., Arnold, M., Massad, C., Herrera, F. (2015) *Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile*. Santiago: SENAMA – FACSO U. de Chile. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Tomás Miguel, J. M., Oliver Germes, A., Navarro Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., & Molina Sena, C. (2009). Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 44(4), 180-185. doi:10.1016/j.regg.2009.01.004
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J. Health Soc. Behav.*, 23, 45- 59
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2015). Social Participation and the Prevention of Decline in Effectance among Community-Dwelling Elderly: A Population-Based Cohort Study. *Plos One*, 10(9). doi:10.1371/journal.pone.0139065
- Torres H, M., Quezada V, M., Rioseco H, R., & Ducci V, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista médica de Chile*, 136, 325-333.
- Townsend, E., & A. Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian journal of occupational therapy*, 71(2), 75-87.
- Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30, 61-71.

- Urzúa M, A., & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. *Revista médica de Chile*, 141, 28-33.
- Urzúa M., A., Heredia B., O., & Caqueo-Urizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista Médica de Chile*, 144, 563-570.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139, 1006-1014.
- Van Dierendonck, D., Abarca, A. B., Díaz, D., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C., & Carvajal, R. R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Van den Berg, P., Kemperman, A., de Kleijn, B., & Borgers, A. (2015). Locations that Support Social Activity Participation of the Aging Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 10432-10449. doi:10.3390/ijerph120910432
- Van Nes, F., Jonsson, H., Hirschler, S., Abma, T., & Deeg, D. (2012). Meanings Created in Co-occupation: Construction of a Late-Life Couple's Photo Story. *Journal of Occupational Science*, 19(4), 341-357. doi:10.1080/14427591.2012.679604
- Vega Carvajal, D. I. (2009). *Los discursos sobre la calidad de vida de hombres y mujeres mayores, desde una perspectiva de género*. (Magíster en Estudios

de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales), Universidad de Chile, Santiago. Retrieved from http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cs-vega_d/pdfAmont/cs-vega_d.pdf

Véliz Burgos, A. (2012). Propiedades Psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y su Estructura Factorial en Universitarios Chilenos. *Psicoperspectivas*, 11, 143-163.

Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la felicidad: análisis psicométrico de la escala de felicidad subjetiva en población chilena. *Terapia psicológica*, 29(1), 127-133.

Vera-Villarroel, P., Urzúa M., A., Silva, J. R., Pavez, P., & Celis-Atenas, K. (2013). Escala de bienestar de Ryff: análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 106-112.

Viana Moldes, I., & Pellegrini Spangenberg, M. (2014). Consideraciones contextuales en la infancia. Introducción al desarrollo del niño. In E. M. Panamericana (Ed.), *Terapia ocupacional en la infancia* (pp. 1-18).

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30, 23-29.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

Wilcock, A. A. (2005). Occupational Science: Bridging Occupation and Health.

Canadian Journal of Occupational Therapy, 72(1), 5-12.
doi:doi:10.1177/000841740507200105

Wilcock AA (2006) *An Occupational Perspective of Health*. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.

Williams, S., & Murray, C. (2013). The lived experience of older adults' occupational adaptation following a stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 39-47. doi:10.1111/1440-1630.12004

Yerxa, E. J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 412-418.

Zapata Farías, H. (2001). *Adulto mayor: participación e identidad* (Vol. 10).

Zúniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*, 41(2), 110-118.

Zunzunegui, V., Alvarado, B., Ser, T. & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 58B (2), 93-100.

9. ANEXOS

9.1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

D./Dña con
D.N.I. nº..... y fecha de nacimiento/...../.....

Declaro que:

1. He leído (o me han leído) la hoja de información del proyecto "Ocupaciones significativas en el adulto mayor y su relación con el Bienestar. Estudio cualitativo en población de la región de Magallanes y Antártica chilena."

2. He comprendido la investigación que se va a realizar con mi participación y he tenido la oportunidad de resolver cualquier duda al respecto.

3. Así mismo, se me ha informado de que:

- Se hace constar que el participante manifiesta expresamente decir la verdad en sus respuestas para garantizar los datos reales sobre su estado físico o salud o los que se le solicitan (art. 23.1. L.I.B.).
- Tengo derecho a no otorgar mi consentimiento a participar y a revocarlo en cualquier momento del estudio (art. 4.3. L.I.B.).
- La falta de consentimiento a iniciar el estudio o su revocación una vez iniciado no me supondrá perjuicio alguno (en cualquier otro derecho) o discriminación (art. 4.4 y 6. L.I.B.).
- Seré informado, si así lo deseo, de los datos que se obtengan durante la investigación (art. 4.5 y 27.2. L.I.B.) y de la forma de obtener dicha información (art. 15.2. L.I.B.).
- Tengo derecho a decidir que no se me comuniquen los datos de la investigación (con las excepciones legales pertinentes) (art. 4.5. L.I.B.).
- Los datos que se obtengan con mi participación en la investigación son anónimos y si al publicarlos hay que mencionar mi nombre será precisa mi autorización (art. 15.2. L.I.B.).

(Los datos recogidos en esta investigación serán anónimos y su uso se regirá por lo recogido en la legislación vigente en relación a la Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos personales del participante serán tratados conforme a los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejecutar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, poniéndose en contacto con el investigador principal según los datos incluidos en el documento de información al participante).

4. Acepto participar de forma voluntaria en el proyecto arriba mencionado.

Firma del participante

Lugar y fecha

--

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE(ANVERSO)

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

ANTECEDENTES: La revisión bibliográfica realizada sobre la producción científica en relación al adulto mayor y su estilo de vida muestran un interés creciente en conocer y determinar los factores que afectan el Bienestar. Por otra parte, son pocos los estudios que abordan el efecto de la ocupación y las experiencias de vida de las personas en esta etapa. De ahí, el interés por conocer la perspectiva de las personas en la valoración de su participación en ocupaciones y su relación con su sensación de bienestar y la necesidad de incorporarla como parte de la información necesaria en la planificación individualizada de la atención sanitaria que reciben, como también para el desarrollo de proyectos sociales.

OBJETIVO: Describir la experiencia de vida de sujetos adultos mayores en relación a la participación en ocupaciones significativas y su relación con la percepción de bienestar.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA:A través de esta investigación se espera obtener mayor información acerca del bienestar de los adultos mayores de la región de Magallanes y Antártica chilena, así como la asociación entre bienestar, participación en ocupaciones y variables sociodemográficas. Esta información permitirá aportar datos y conocimiento al desarrollo de políticas de prevención y promoción de calidad de vida de este grupo etario.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Los datos personales que se le requieren (por ejemplo: edad, sexo, datos de salud...) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad. Asimismo, debido a la metodología que sigue el estudio la entrevista para la recogida de datos debe ser grabada y transcrita íntegramente. No obstante, se le hará llegar una copia para que pueda hacer las correcciones o matizaciones que estime.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Los datos serán utilizados para los fines específicos de este estudio y en todo caso, si fuese necesario, podrán ser también utilizados con otros fines de tipo docente o carácter científico. De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales. Asimismo, y si

está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al investigador que le atiende en este estudio.

IMPLICACIONES PARA EL PARTICIPANTE:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto tenga repercusiones.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99,(Ley de protección de datos de carácter personal 19.628, 1999 legislación chilena)
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL PARTICIPANTE:

NINGUNO

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal investigador en el teléfono: _____ en el correo electrónico: _____ Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad de Magallanes

Firma

Fecha

Nombre y apellidos (Investigador responsable)

DNI

- Derecho explícito de la persona a retirarse del estudio. Garantías de confidencialidad.

9.2. Artículos publicados que forman parte de la tesis doctoral

Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile

OSKARINA PALMA-CANDIA^{1,4}, CÉSAR HUESO-MONTORO^{2,3},
AZUCENA ORTEGA-VALDIVIESO^{3,4}, RAFAEL MONTOYA JUÁREZ^{4,5},
FRANCISCO CRUZ-QUINTANA^{3,4}

Wellbeing of Chilean older adults is associated with group participation

Background: Subjective aspects such as personal growth and the development of their potential are relevant for the perception of wellbeing of older adults. These dimensions appear to be connected with meaningful group participation. **Aim:** To assess the perception of psychological wellbeing of older adults in a Chilean region and determine its association with socio-demographic variables and participation in organizations. **Material and Methods:** Ryff's scale of psychological wellbeing perception was applied to 101 adults (43 men) from Magallanes, aged 60 and 88 years. Sociodemographic data was also collected. **Results:** Mean wellbeing scores reported were 193.7 ± 20 (maximum score: 234). Those older adults who participated in organizations had higher scores than those who did not take part in them. Participation in organizations appeared to be specifically associated to positive relationships ($p = 0.03$) and personal growth ($p < 0.01$). The number of organizations in which older adults participated was positively correlated with the perception of wellbeing ($p < 0.01$). Greater personal wellbeing was associated with leadership roles in organizations ($p = 0.01$). Significant differences between level of schooling and personal growth ($p = 0.01$) were also observed. There were no differences associated with sex, age and marital status. **Conclusions:** The perception of wellbeing of older adults is influenced by their participation in organizations. Leadership is associated with the highest levels of wellbeing. (Rev Med Chile...)

Key words: Aged; Health Promotion; Occupations; Occupational Health; Social Participation.

¹Departamento de Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.

²Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada (España).

³Departamento de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada (España).

⁴Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada (España).

⁵Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada (España).

⁶Terapeuta Ocupacional, Magister de Gestión en Salud, doctorando Facultad de Ciencias de la Salud.

⁷Diplomado en Enfermería, Licenciado en Antropología Social y Cultural, Doctor en Enfermería y Cultura de los Cuidados.

⁸Diplomada en Terapia Ocupacional, Licenciada en Documentación, Doctora en Documentación Científica.

⁹Diplomado en Enfermería, Licenciado en Antropología Social y Cultural, Doctor en Gerontología Social.

¹⁰Psicólogo, Doctor en Psicología.

Recibido el 3 de marzo de 2016, aceptado el 14 de septiembre de 2016.

Correspondencia a:

Oskarina Palma Candia
Departamento de Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.
oskarina.palma@umag.cl

El envejecimiento genera gran interés debido al aumento de personas mayores a nivel mundial y específicamente en países en desarrollo¹. La investigación gerontológica enfatizada aspectos relacionados con pérdidas y debilidades en el funcionamiento biológico, psicológico y social. Sin embargo, investigaciones actuales muestran que la felicidad y el bienestar

psicológico son fundamentales en la salud del adulto mayor².

En Chile, según la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2011³, la región de Magallanes, obtuvo la mayor tasa de adultos mayores en relación a la población total. En 2013, había 25.087, 16,7% de la población regional⁴.