



Psykhe

ISSN: 0717-0297

psykhe@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile
Chile

Mella, Rafael; Appolonio, Jorge D'; Maldonado, Ivonne; Fuenzalida, Alfredo; Díaz, Andrea
Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor
Psykhe, vol. 13, núm. 1, mayo, 2004, pp. 79-89
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96713107>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor¹

Factors Associated With Subjective Well-Being in Older People

Rafael Mella, Luis González, Jorge D'Appolonio, Ivonne Maldonado, Alfredo Fuenzalida y Andrea Díaz
Universidad San Sebastián

La presente investigación explora la relación entre los distintos factores asociados a la salud mental y el bienestar subjetivo en el adulto mayor. Específicamente, considera bienestar subjetivo, edad, depresión, salud percibida, apoyo social percibido, género y nivel socioeconómico. El análisis bivariado arroja correlaciones significativas entre bienestar subjetivo y depresión ($r = -0.634$), apoyo social percibido y bienestar subjetivo ($r = 0.665$) y bienestar subjetivo y salud percibida ($r = 0.278$). También aparecen como significativas las correlaciones entre salud percibida y depresión ($r = -0.454$), depresión y apoyo social percibido ($r = -0.601$) y entre salud percibida y apoyo social percibido ($r = 0.305$). En el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado principalmente por apoyo social percibido, género y por la ausencia de depresión.

The present research explores the relationship between different factors associated to the mental health and subjective well-being in older people: subjective well-being, age, depression, perceived health, perceived social support and socio-economic status. Bivariate analysis shows significant correlations between subjective well-being and depression ($r = -0.634$), subjective well-being and perceived social support ($r = 0.665$), and subjective well-being and perceived health ($r = 0.278$). There are also significant correlations between perceived health and depression ($r = -0.454$), depression and perceived social support ($r = -0.601$), and perceived health and perceived social support ($r = 0.305$). In the multiple linear regression analysis, subjective well-being is determined by perceived social support, gender and absence of depression.

Introducción

En los últimos años se ha generado un especial interés por la investigación relacionada con la tercera edad. Este interés se debe principalmente al aumento de las expectativas de vida de la población

mayor en los países desarrollados, lo que obliga a una preocupación por la calidad de vida de estas personas. Así por ejemplo, durante los últimos cien años, en los Estados Unidos se ha triplicado la población mayor de 65 años (Volz, 2000), siendo en nuestro país esta tendencia también observable. Esta situación es reflejo de las mejoras socioeconómicas registradas en el último tiempo, y plantea necesidades de conocimiento específico sobre el grupo de la población con mayor edad, para diversos fines de investigación y programación (Hernández, 1997).

Producto del considerable aumento de personas que viven esta realidad, surge el interés a nivel mundial por sus condiciones de vida y las necesidades específicas de este grupo, cobrando relevancia en los últimos años las investigaciones relacionadas con el bienestar subjetivo del adulto mayor y las variables específicas que influyen en él.

Sin duda, las cifras que dan cuenta del proceso de envejecimiento de la población chilena traerán consecuencias y efectos en las distintas actividades y sectores de la sociedad.

Así para Pereira (1999), el envejecimiento poblacional conlleva una creciente demanda de servicios y atenciones que son propios de las necesidades que generan los adultos mayores, las que se enmarcan en áreas diversas como la economía, vivienda y urbanismo, salud, participación social y educación.

Rafael Mella, Unidad de Promoción Social, Programa para el Adulto Mayor, Dirección de Desarrollo Comunitario, Municipalidad de Talcahuano.

Luis González, Carrera Psicología, Facultad de Ciencias Empresariales y del Comportamiento, Universidad San Sebastián.

La correspondencia relacionada con el presente artículo debe ser dirigida a los autores a la Unidad de Promoción Social, Programa para el Adulto Mayor, Dirección de Desarrollo Comunitario, Municipalidad de Talcahuano, en Aníbal Pinto 68, Talcahuano. Fono: 546060, anexo 327. E-mail: lugobra@hotmail.com o a la Universidad San Sebastián, Cruz 1577, Cuarto Piso, Concepción. Fono: 400174. E-mail: lgonzale@uss.cl

¹ Este artículo fue realizado, en parte, a partir de la Tesis de Grado para optar al título de licenciado en Psicología, "Factores asociados a la salud mental en el adulto mayor", de Rafael Mella, Jorge D'Appolonio, Ivonne Maldonado, Alfredo Fuenzalida y Andrea Díaz, en el año 2000, y complementado posteriormente por análisis realizados por los autores de la presente investigación. Esta no habría sido posible sin la ilimitada colaboración de la Ilustre Municipalidad de Talcahuano, a través de su Dirección de Salud y de nuestro asesor metodológico, el profesor Roberto Melipillán a quien debemos nuestros sinceros agradecimientos.

Dentro de la investigación relacionada con el adulto mayor, surge el interés por conocer los factores que inciden en la percepción de bienestar en este grupo etáreo.

Marco Teórico

Bienestar Subjetivo

Actualmente se considera que una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la ancianidad hecha por algunos miembros de las sociedades occidentales, lo que disminuye la oportunidad de aceptar otros hallazgos importantes de la gerontología moderna, los cuales destacan el incremento de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste en la vejez y el hecho de que la mayor parte de las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad (Thomae, 1982).

Para los fines de esta investigación, el bienestar subjetivo será definido de acuerdo a los planteamientos de Ryff (1989). Este autor, quién tiene una abundante investigación al respecto, plantea que las diversas perspectivas que existen respecto al bienestar subjetivo pueden ser integradas, en la medida que muchos teóricos coinciden en ciertas características de este. Ryff operacionaliza el bienestar subjetivo en las siguientes dimensiones:

Autoaceptación. Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.

Relaciones positivas con los demás. La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.

Autonomía. Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.

Dominio del ambiente. La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

Propósito en la vida. Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido

de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.

Crecimiento personal. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no solo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

Los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos ancianos su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. En este sentido, existen hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima decrece con la edad. Esta autoestima o autosatisfacción puede considerarse, según Schwart (1975 en Fernández-Ballesteros, 1999), como el eje de la calidad de vida de los ancianos.

Mroczek y Kolarz (1998), señalan la importancia de algunas variables sociodemográficas contextuales y de personalidad en la relación edad-bienestar. En particular, estos autores encuentran que se presentan mejores índices de bienestar en los adultos mayores casados y extrovertidos, en detrimento de los solteros e introvertidos, no encontrándose relaciones lineales en el caso de las mujeres.

Sin embargo, la investigación básica en psicología gerontológica ha demostrado que consideraciones como las descritas anteriormente pueden estar basadas en situaciones poco objetivas. Así Madox (1982 en Fernández Ballesteros, 1999) basado en investigaciones realizadas durante los años 70, señalaba que la mayoría de los adultos mayores permanecen socialmente integrados, son competentes y las posibilidades de que presenten deficiencias en algunos aspectos pueden ser modificables. Más aun, recientes investigaciones como la recopiladas por Mroczek y Kolarz (1998) han llegado incluso a conclusiones tales como que el afecto negativo (infelicidad) es más alto entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores.

Producto de estas y otras investigaciones recientes se ha concluido que existen múltiples diferencias individuales en el bienestar percibido en la vejez (Stanley & Cheek, 2003; Hagberg, Hagberg & Saveman, 2002) y, en definitiva, existen también múltiples investigaciones que ponen de relieve que no es exactamente cierto que a medida que envejecen las personas se sientan más insatisfechas (Ormel, Kempen, Deg, Brilman, Van Sonderen & Relyveld, 1998; Fernández-Ballesteros, 1999).

Dentro de las variables sociodemográficas destaca lo señalado por Bromley (1990 en Fernández-Ballesteros, 1999), quien indica que la edad cronológica no parece explicar sino una pequeña porción de la varianza en el grado de bienestar del sujeto.

Por otra parte, integrando la descripción hecha por Ryff (1989) en torno al concepto de bienestar nos podemos dar cuenta de que al menos la autoaceptación, la autoestima y el propósito en la vida tienen que ver con muchos de los síntomas asociados comúnmente a depresión, así como el dominio del ambiente y las relaciones positivas con los demás se relacionan con el concepto de apoyo social percibido.

Depresión

En cuanto a la depresión en el adulto mayor, se debe partir por señalar que los problemas afectivos en los ancianos son importantes por su frecuencia, por su impacto sobre el estado mental y por su potencial influencia sobre la evolución de las enfermedades físicas. Los investigadores señalan una prevalencia de trastornos mentales severos que oscila entre un 15 a 25% en los ancianos que viven en comunidad, y hasta el orden del 40 a 75% en contextos residenciales de atención especial (Kermis, 1986). En nuestro país, se ha reportado una prevalencia de hasta un 47% de depresión en una muestra de adultos mayores (Hoyl, Valenzuela & Marín, 2000).

Para Calderón (1990), la vejez es una etapa especial, en la que el individuo debe hacer un gran esfuerzo por adaptarse a los múltiples cambios en diversas dimensiones que debe enfrentar. Esta perspectiva es bastante coherente con una visión de proceso de envejecimiento más que de una distinción entre lo normal y lo patológico del tipo DSM IV o CIE 10. En virtud de esto último, la depresión sería un continuo y la descripción de esta debería basarse más en criterios cuantitativos que cualitativos.

Sin embargo, en términos diagnósticos, existe en el DSM-IV, una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos, siendo el común denominador en todos ellos la modificación profunda del estado anímico, con predominio de la tristeza y el sufrimiento, o la preocupación excesiva. A menudo, en el uso corriente, se confunde este común denominador con una entidad única y global, confundiendo más que aclarando el diagnóstico.

Así, debido a que el término depresión hace referencia tanto a un constructo como a un conjunto de síntomas, se produce una utilización ambigua del mismo, estando frecuentemente presentes ambos significados. De hecho, con frecuencia en el paciente mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. Estos síndromes incompletos, denominados trastorno depresivo no especificado, trastorno del estado de ánimo no especificado, depresión menor o depresión por el DSM-IV, pudieran tener la misma repercusión en cuanto a morbilidad que la depresión mayor (Hoyl, Valenzuela & Marín, 2000).

Como respuesta al problema conceptual de la depresión, se ha intentado establecer una mejor delimitación y diagnóstico de la depresión en personas mayores, destacándose la propuesta de Gallagher y Thompson (1983), quienes consideran la depresión como un producto final, que refleja una serie de problemas relacionados con distintas áreas psicológicas, sociales y biológicas. Es importante destacar que Gallagher y Thompson no incluyen otros síntomas regularmente contemplados en el diagnóstico de la depresión que discriminan escasamente en este grupo de edad, como son los sentimientos excesivos de culpabilidad, inadecuación, preocupación excesiva y quejas hipocondríacas.

El bienestar emocional de los adultos mayores declina con niveles más bajos de ejercicio y salud física. Se ha observado que entre los mayores, la depresión se correlaciona fuertemente con limitaciones tales como dificultad para preparar alimentos, comprar, salir, bañarse, etc. Más aún un bajo sentido de control sobre la propia vida aumenta la depresión. Un ajuste de las funciones físicas y sentido de control, eliminaría algunas de las apariciones de depresión asociadas con esta edad (Mirowsky & Ross, 1992).

Ahora bien, en este contexto y en resumen, sería necesario hacer al menos dos observaciones básicas: que los criterios diagnósticos tipo DSM IV se vuelven insuficientes para la conceptualización de los trastornos del ánimo en esta población, y segundo, que muchos de los estresores que podrían estar causando reacciones adaptativas que cursen con síntomas depresivos en los adultos mayores, se relacionan con la capacidad funcional del adulto mayor.

Salud Física

En esta línea, la salud física, es otro de los elementos a considerar como relevantes. Se ha reporta-