



UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES

Escuela de Psicología

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA COMUNA DE  
PROVIDENCIA**

**Tesina para optar al grado de Licenciado en Psicología y al  
Título Profesional de Psicóloga**

**Asesor Metodológico: Christian Codecido**

**Alumna: Ana María Ortiz**

**Santiago, 2018**

## INDICE

RESUMEN .....	3
ABSTRACT.....	4
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1.-INTRODUCCIÓN .....	6
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	7
1.3.    Objetivo.....	12
1.4.    Planteamiento de los objetivos específicos.....	12
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	13
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA .....	29
3.1    Tipo de Estudio.....	29
3.2    Diseño .....	29
3.3    Población de Estudio.....	29
3.4    Técnica de análisis de datos.....	30
3.8    Técnica de recolección de datos y validación del instrumento .....	32
3.9    Discusión.....	33
CAPITULO V.-RESULTADOS .....	34
5.1 Resultados.....	34
5.2 Dimensiones e ítems .....	34
Dimensión Física. ....	34
Dimensión Psicológica.....	35
Dimensión Relaciones Sociales. ....	35
Dimensión Ambiente. ....	36
Calidad de Vida .....	36
VI. ANALISIS INFERENCIALES.....	37
6.1 DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA/ SEXO.....	37
6.2 Dimensiones Calidad de Vida/Nivel Académico. ....	39
6.3 Calidad de Vida /Padecimiento de Enfermedad.....	40
6.4 Calidad de Vida /Dinero .....	42
6.5 Calidad de Vida /Deporte.....	44
VII. CONCLUSIONES.....	46

7.2 Discusión .....	47
ANEXOS .....	50
Cuestionario Inicial de conversación .....	50
Bibliografía .....	59

## RESUMEN

La presente investigación evaluará la calidad de vida del adulto mayor no institucionalizado de la comuna de Providencia, para ello se entrevistaron a personas que tienen sobre los 60 años , pertenecientes a Clubes de Adulto Mayor y de las Juntas Vecinales, fue una muestra total de 363 personas que viven en la Comuna de Providencia, por medio del instrumento WHOQOL – BREFF, que es una versión abreviada del WHOQOL- 100, elaborado por WHOQOL Group de la OMS, se aplicó este instrumento que está conformado por 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente.

Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Usando una metodología no experimental de diseño transaccional descriptivo, se observó que los principales indicadores con respecto a la Calidad de Vida de los Adultos Mayores no institucionalizados de la Comuna de Providencia La presente investigación se propone como un estudio no experimental o diseño ex post facto, aplicando un estudio cuantitativo a través de un continuo de una sola etapa, cuyo objetivo consistió en identificar las principales características que conforman la Calidad de Vida de la población de adultos mayores de la Comuna de Providencia no institucionalizados.

También se estudiaron las relaciones entre Calidad de Vida y variables sociodemográficas, de funcionalidad, de estado emocional y de apoyo social. El muestreo fue simple por zonas de unidades vecinales, y pertenecientes a clubs de Adulto Mayor con base a la estratificación por edad de población hombres y mujeres mayores de 60 años cumplidos en el momento realizar el estudio.

Los Mayores resultados que se observan al encontrar que, si existen diferencias, existen niveles por bajo el término medio en cuanto a calidad de vida física, psicológica, el Adulto Mayor percibe que su calidad de vida global es positiva al hacer un análisis de los resultados, es prioridad fortalecer los Establecimientos de Larga

Estadía, y de Día, sabemos que el Estado a los Adultos Mayores los tiene en su política social, sin embargo todos estos derechos asistenciales, que no promueven un envejecimiento saludable; para ello se hace indispensable promover la educación como elemento positivo en la calidad de Vida de la Persona Mayor, promover la relación intergeneracional, barreras arquitectónicas, seguridad social pensiones dignas, como ya se ha mencionado anteriormente en el mundo los cambios son vertiginosos, por lo que este es un gran desafío para los Estados, y la juventud no dura toda la vida y nadie sabe cómo va a ser su vejez y por lo tanto los viejos son ahora el espejo de un futuro que está en nuestras manos reconstruir y poder tener una mejor Calidad de Vida.

### **ABSTRACT**

The present investigation will evaluate the quality of life of the non-institutionalized older adult of the Providencia community, for it was interviewed people who are over 60 years old, belonging to Senior Adult Clubs and the Neighborhood Boards, it was a total sample of 363 People living in the Providencia Commune, through the WHOQOL - BREFF instrument, which is an abbreviated version of the WHOQOL - 100, prepared by the WHO WHO Group, this instrument was applied, consisting of 26 questions, two general questions about quality of life and satisfaction with the state of health, and 24 questions grouped into four areas: Physical Health, Psychological Health, Social Relations and Environment.

Higher scores indicate better quality of life. The response scales are of the Likert type, with 5 response options. Using a non-experimental methodology of descriptive transactional design, it was observed that the main indicators regarding the Quality of Life of the non-institutionalized Elderly of the Providencia Commune The present investigation is proposed as a non-experimental study or ex post facto design, applying a quantitative study through a single-stage continuum, whose objective was to identify the main characteristics that make up the Quality of Life of the elderly population of the non-institutionalized Providencia Commune.

The relationships between Quality of Life and sociodemographic variables, functionality, emotional state and social support were also studied. The sampling was simple by areas of neighborhood units, and belonging to clubs of Elderly People based on the stratification by age of population men and women older than 60 years old at the time of the study.

The greatest results observed when finding that, if there are differences, there are low levels of the average term in terms of physical, psychological quality of life, the Elderly perceives that their overall quality of life is positive when analyzing the results. , it is a priority to strengthen the Long Stay Establishments, and by Day, we know that the State to the Older Adults has them in their social policy, nevertheless all these welfare rights, which do not promote a healthy aging; for this it is essential to promote education as a positive element in the quality of life of the elderly, promote intergenerational relationships, architectural barriers, decent social security, as mentioned earlier in the world, the changes are vertiginous, so that this is a great challenge for the States, and the youth does not last a lifetime and nobody knows how their old age will be and therefore the elderly are now the mirror of a future that it is in our hands to rebuild and be able to have a better life quality.

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### **1.1.-INTRODUCCIÓN**

Un tema central son los Adultos Mayores a nivel mundial, ya que la expectativa de vida, va en aumento, por lo que implica un costo adicional para el Estado, la definición de Tercera Edad nace en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizado en Viena,, donde se acordó que a partir de los 60 años de edad, las personas son adultos mayores.(Naciones Unidas, 2002)

En la proyección que se hace para el año 2050, la población mundial mayor de 60 años casi se duplicará y pasará de 900 millones a 2000 millones. (ONU, 2016)

Hoy en día es un hecho que la población Adulta Mayor va en aumento, por eso deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción, para una atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, lo social y en lo económico. Que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no segregue y estigmatice, a las personas mayores, sino al contrario, que los dignifique y que al mismo tiempo el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad. (González-Celis, 2012)

El envejecimiento del organismo humano, es un proceso individual y colectivo a la vez, este se produce en el individuo, sin embargo esta muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida, por lo que no todos los adultos mayores viven la vejez de la misma manera. (González-Celis, 2012)

El funcionamiento durante el transcurso de su vida; podemos decir que “la vejez se construye desde la juventud”. Así que a pesar de que el Proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida. (González-Celis, 2012)

Hoy que la esperanza de vida haya aumentado, no indica necesariamente que la calidad de vida en la última etapa haya mejorado según lo indican en el estudio realizado por la Universidad Católica de Chile en el año 2011. Desafortunadamente existe la tendencia de etiquetar al Adulto Mayor como una carga para la sociedad y verlos como minusválidos, por ello se hace indispensable buscar estrategias, y que

estas contribuyan a mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, comportamiento humano, que han contribuido al estudio de la Calidad de Vida. (Gómez, 2014)

En Chile se estima que en el año 2050 tendrá una población adulta mayor superior al 28% y que junto al incremento de la esperanza de vida y la disminución de los menores de 15 años, significará un envejecimiento poblacional de dimensiones considerables. (CELADE 2006) El objetivo principal de esta exploración medir la percepción que tiene el adulto mayor no institucionalizado de la Comuna de Providencia

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación tiene como finalidad conocer cual es la percepción de calidad de vida de los adultos mayores no institucionalizados que viven en la comuna de Providencia, el motivo de elección del tema es que cada vez hay más adultos mayores, dado que el mundo experimenta un envejecimiento de la población, y esto ha traído consigo alteraciones, no tan sólo demográficas, sino que también en el ámbito económico, social, cultural y político. Se debe considerar que la esperanza de vida va en aumento, esta es una tendencia del siglo XXI y lo que sigue para el futuro, pues ningún país, ya sean desarrollados o subdesarrollados queda ajeno a esto, que está ocurriendo por primera vez en la historia del mundo, por lo que afecta al ser humano en todas sus dimensiones. (Huenchuman, 2010)

Ante este escenario, nuestra sociedad enfrentará este proceso de envejecimiento en un contexto caracterizado por una alta incidencia de la pobreza, persistente y aguda inequidad social, baja cobertura de seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al Adulto Mayor. ( Mc Nicoll, 2011)

Por tal razón resulta de vital importancia explorar, medir y determinar la Calidad de Vida del Adulto Mayor no institucionalizado que vive en la comuna de Providencia, esto permitirá poder tener mayor eficiencia en la formulación de políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional.



Sin embargo el concepto de Calidad de Vida, tiene muchas definiciones y se pueden caracterizar en que los adultos mayores tienen características que no poseen otros grupos de edad tales como el retiro laboral, enfermedades crónicas, cambios en la estructura familiar entre otros. (León y otros 2014)

Calidad de Vida del Adulto Mayor se caracteriza por ser multidimensional y a juicio de los y las entrevistadas es subjetiva y dicha subjetividad debe ser entendida desde dos perspectivas: la evaluación de la situación actual la vejez y asumiendo las limitaciones y posibilidades, y la satisfacción frente a las dimensiones concretas de calidad de vida que estas son objetivas, satisfacción que encuentra sus puntos de referencia en el contexto social y cultural en que se desenvuelve el sujeto., esta definición es la que nos acerca a este estudio. (Nieto et al., 1998)

A la vez el concepto Calidad de Vida, plantea otra característica y es su carácter multidimensional, ya que contempla por un lado los factores personales como salud, autonomía y satisfacción y por otro lado un carácter socio - ambiental como lo son los servicios sociales y las redes de apoyo. (Warburton, Hung y Shardlow,2015)

Como se ha expresado anteriormente, Calidad de Vida implica factores subjetivos y factores objetivos, dentro de los aspectos objetivos se pueden destacar los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares y en el ámbito subjetivo tenemos aspectos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros. (León y otros 2014:14-15)

Existen diferentes teorías o modelos en relación al adulto mayor, se tienen: Teorías Biológicas, que están basadas en la explicación del envejecimiento de órganos y sistemas. Teorías psicológicas, son teorías centradas en aspectos de personalidad y cognitivas. Teorías Sociales, teorías concentradas en las relaciones y status que tienen las personas mayores las cuáles serán tratadas en profundidad en el siguiente capítulo. La mayoría de los autores abogan por la necesidad de un concepto preciso de

Calidad de Vida, pues este concepto va más allá de las condiciones físicas. En su amplio sentido, la calidad de vida abarca todos los aspectos de la vida humana: componentes materiales y físicos, bienestar social, emocional y espiritual. ( Fletcher 2010)

El envejecimiento que experimenta el mundo, ha traído consigo alteraciones no sólo demográficas, sino también en el ámbito económico, social, cultural y político. Además se debe considerar que la esperanza de vida ha ido en aumento y es una de las tendencias más importante del siglo XX y lo que sigue para el futuro, pues ningún país, ya sean desarrollados o subdesarrollados queda ajeno a esto, que está ocurriendo por primera vez en la historia del mundo, por lo que afecta al ser humano en todas sus dimensiones. El tránsito de una sociedad hacia la madurez demográfica, es consecuencia lógica de factores altamente positivos, por lo que debería considerarse un dato más de la evolución de las sociedades. (Castell, 1992), sin embargo esto implica una serie de problemas, que si no se actúa con anticipación a las reformas del sistema de protección social, y estas deben ponerse en práctica para enfrentar este fenómeno demográfico.

El envejecimiento que advierte la población es una dimensión y la otra es la que viven las personas, por eso se desea explorar como es la calidad de vida del adulto mayor no institucionalizado de la comuna de Providencia, aquí se tiene al mayor porcentaje de adultos mayores del Área Metropolitana, cuya pobreza se le denomina “pobreza encubierta”. En Chile este fenómeno no es ajeno a la realidad mundial y se refleja con ciertas características de acuerdo a su sociedad y economía. En Chile según datos del Instituto Nacional de Estadísticas. (INE,2012), la población de 65 años o más estimada al 30 de junio de 2012 es 1.659.670 habitantes, donde las mujeres son 56,9% y los hombres 43,1%. La Región Metropolitana cuenta con el mayor número de adultos mayores del país, correspondiente a 39,2%, seguida de Valparaíso con un 12,1% y Biobío con un 12,1%; la esperanza de vida llegó aproximadamente a los 80 años de edad en el caso de las mujeres, y de 77 años de edad en los hombres. El año 2020, se proyecta que la población de adultos mayores en Chile será superior al 28% de la población total del país, y es por ello, que en un futuro muy próximo este

envejecimiento traerá consecuencias que hay que analizar y ver como se resolverá en el ámbito económico, psicosocial y cultural.

El Adulto Mayor ya no trabaja, vive de una pensión que va en declive al empobrecimiento, su función cognitiva cambia con la edad, (Kray J, Lindenberger U.2013) su entorno familiar no es el mismo; en la Comuna de Providencia, existen programas de beneficios para el adulto mayor, como canasta familiar, paseos con precios rebajados, grupos de adulto mayor sin embargo cual es la percepción subjetiva que tiene el adulto mayor en relación a su calidad de vida. El bienestar abarca el encontrarse bien psicosomáticamente, y asimismo la calidad moral de vida, el tener la conciencia tranquila. También incluye la calidad estética de la propia vida, que aún no se logre sin más con dinero, supone la tenencia de unos ciertos recursos económicos, una parte, las condiciones especiales de la estética: nuestro mundo, nuestro “hábitat” o espacio vital. (la casa, la naturaleza, el cuerpo) Por otro lado las condiciones temporales: posibilidades de empleo satisfactorio del tiempo tanto en el trabajo como en el del ocio, poder y saber. En cuanto a la compañía, se refiere a la percepción del amor, la amistad, la solidaridad recíproca. Es decir, que los demás existan para uno, y que uno exista para los demás. (Arauguren, 2012)

Llama la atención la coincidencia de los términos empleados al describir a los componentes más subjetivos de la propia Calidad de Vida. Blanco – Abarca. (2011) entiende la Calidad de Vida como la relación entre bienestar económico y felicidad; Para Najman. (2014) la calidad de vida está constituida por la felicidad, la satisfacción por la vida y bienestar general; Bobes. (2013), afirma que el núcleo central de la Calidad de Vida lo constituyen la felicidad y el bienestar; Cuervo – Arango. (2010), como la articulación entre el bienestar, la satisfacción con la vida y la felicidad; García – Riaño. (2010), como la evolución de los términos “satisfacción de la vida”, “felicidad”, “bienestar”, etc. Levi. (2015) afirma que la Calidad de Vida está compuesta de bienestar físico, mental y social, y de felicidad, satisfacción y recompensa.

El Concepto de Calidad de Vida puede construirse desde dos tipos de modelos, denominados enumerativos y complejos. La teoría de la satisfacción de Campbell(1976), postula que la satisfacción con la vida es mayor cuando los logros se

aproximan a las aspiraciones, y en menor cuando se alejan. Las aspiraciones, a su vez, se basan en las comparaciones con los demás y en la experiencia pasada. Modificaciones del modelo afirman que solo funciona con las aspiraciones realistas, las que la persona cree merecidas, o bajo el control de ella misma. González et al. (2010)

Otro aspecto que se presenta como fundamental para el abordaje de la definición de la Calidad de Vida es la percepción. La percepción de un estímulo depende en gran medida de éste, pero no solamente. Los argumentos a favor de utilizar criterios subjetivos como un enfoque válido para medir la salud provienen del campo de la psicofísica. Los principios de la psicofísica fueron posteriormente incorporados a la psicometría, de donde nace una buena parte de las técnicas de medida utilizadas en el desarrollo de los instrumentos de medición de la salud subjetiva, y particularmente de la Calidad de Vida. Los principios, más básicos aquí son aquellos que tienen que ver con la manera en que las personas perciben y realizan juicios sobre los fenómenos físicos como el color, el sonido, el dolor, etc. La busca de relación matemática entre intensidad de estímulo y percepción dio lugar a dos grandes teorías. Morle. (2014)

Los indicadores sociales objetivos que sin duda deben considerarse en la evaluación de la Calidad de Vida son los ingresos económicos, la vivienda y sus condiciones, el nivel de educación, la seguridad personal, el tiempo libre y esparcimiento. Estos factores tienen influencia en la Calidad de Vida. A su vez, las relaciones sociales positivas, estables e íntimas, son el indicador subjetivo primordial. Levy y Anderson. (2014)

En Chile, se han realizado 3 encuestas realizadas por la Universidad Católica y Caja Los Andes sobre Calidad de Vida, los resultados de este estudio muestran una alza sostenida de la percepción de bienestar respecto de la realizada en los años 2007 y 2010,. (2013, Programa Adulto Mayor Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento)

Sin embargo al no tener más estudios en Chile al medir el concepto subjetivo de calidad de vida debe ser visto de manera holística, se debe establecer dentro del contexto cultural, patrones de conducta y expectativas individuales de la persona.

Huenchuman. (2015) en el “Enfoques sobre el envejecimiento individual”, indica que el envejecimiento tiene tres enfoques: Biológico, Psicológico y Social.

Y por todo lo anteriormente citado se hace pertinente la siguiente pregunta cuál es la Calidad de Vida del Adulto Mayor no institucionalizado de la Comuna de Providencia.

### **1.3. Objetivo**

Conocer la percepción de Calidad de Vida de Adultos Mayores no institucionalizados que viven en la Comuna de Providencia.

### **1.4. Planteamiento de los objetivos específicos**

a. Conocer la percepción de Calidad de Vida del Adulto Mayor no institucionalizado de la comuna de Providencia.

b. Conocer las características definidas en las Dimensiones del cuestionario WOQHOL-BREF que más adelante serán explicadas, con relación a la percepción de Calidad de Vida del Adulto Mayor no institucionalizado de Providencia.

d. Conocer los niveles de percepción de calidad de vida del adulto mayor no institucionalizado de comuna de Providencia en función de: Edad, sexo, nivel educacional, enfermedad, estado civil. Y las Dimensiones que a su vez tienen sub – dimensiones como: física, psicológica, relaciones sociales, ambiente, calidad de vida, sexo.

## CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

La utilización del concepto de Calidad de Vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993).

Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en Calidad de Vida recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la Calidad de Vida individual. Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la Calidad de Vida de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999).

Para algunos autores, el concepto de Calidad de Vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999).

Algunas definiciones aportadas por algunos autores refiriendo a Calidad de Vida:

Ferrans (1990) Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.

Hornquist (1992) Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

Shaw (1977) Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual:  $QL = NE \times (H + S)$ , en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad.

Una crítica que se hace a esta definición es que la persona no se evalúa a sí misma y que la calidad de vida no puede ser cero.

Lawton (2001) Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Hass (1999) Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.

Bigelow et al., (1991) Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.

Calman (1987) Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.

Martin y Stockler (1998) Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.

Opong et al., Condiciones de vida o experiencia de vida.

La mayoría de los autores analizados, definen la calidad de vida a partir de aspectos subjetivos. El WHOQOL Group,. (1995), relaciona el concepto de calidad de vida con los valores y la cultura. En el caso de Sharlock y Verdugo,. (2006) explican que se trata de las dimensiones que reflejan los valores positivos. Ferrans. (1990) y Farquhar. (1995) se centran en la satisfacción o insatisfacción de las áreas del bienestar personal, al igual que Celia y Tulsy. (1990), quienes además tienen en cuenta la apreciación que hace la persona sobre su vida, comparando su nivel de funcionamiento percibido, con el ideal. Sin embargo, Chaturvedi. (1991), define la calidad de vida en relación con el bienestar subjetivo del individuo, al igual que Szalai. (1980), que incluye la satisfacción de la vida como un todo. En cambio, Calman. (1987), se centra en las expectativas y además la define como la esperanza de una persona con su experiencia individual presente. Uno de los autores que la definen a partir de aspectos objetivos, es Hornquist. (1982), que la relaciona con la satisfacción de necesidades en esferas físicas, psicológicas y sociales.

Por otra parte, hay autores que utilizan ambos aspectos. La Organización Mundial de la Salud. (OMS,1994), la define como la manera en la que el individuo habla de su vida, los valores, expectativas, normas criterio etc. y además se centra en la salud física, psicológica, la dependencia o independencia, relaciones sociales y creencias. Al igual que Ardila. (2003), que la define como un estado de satisfacción general, derivado de las potencialidades de la persona, incluyendo en el concepto aspectos objetivos y

subjetivas. Aunque para Quintero. (1992), la definición no es tan amplia, simplemente se trata un indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre.

En la teoría de la Common-Cause. (Baltes y Lindenberger, 1997), se investigan las relaciones entre las distintas edades y diversas funciones, porque se basan en una causa común. Lindenberger & Baltes. (1994) pudieron demostrar que, tras la introducción de funciones sensoriales como variable mediadora entre la edad y el rendimiento cognitivo, la edad no ejercía efecto directo alguno sobre el rendimiento cognitivo. Las diferencias individuales en las funciones sensoriales ofrecían una covarianza del 93% con las diferencias de edad, en relación al rendimiento cognitivo. Esto significa que, teniendo en cuenta las diferencias individuales, en las funciones sensoriales prácticamente no existen diferencias de edad substanciales en la capacidad del rendimiento cognitivo, lo que avalaría la hipótesis de la "Common-Cause".

Baltes y Lindenberger. (1997) proponen la teoría de la Diferenciación con la que no todos los autores están de acuerdo. Según esta hipótesis, los rendimientos y resultados en las tareas cognitivas y en los test sensomotrices tienden a converger con el paso de la edad. Revista de Psicología (2017)

El fundamento de todo ello se busca en la interdependencia de la psicología y la Fisiología. Esta interdependencia postula que la diferenciación neuronal de las estructuras cognitivas corre pareja con las funciones psicológicas. Esta interdependencia psicofísica se va debilitando en la edad adulta y los influjos de la experiencia y el entorno adquieren un mayor protagonismo; por tanto, ya no sería tan influyente y, en consecuencia, el desarrollo sensomotor aparecería cada vez más independiente del cognitivo. (Diferenciación)

Pero esto solo sucede hasta que llega una edad más elevada o la vejez. En estas edades superiores, los procesos psicológicos, sobre todo, los cognitivos, vuelven a estar muy relacionados con los procesos fisiológicos. (degenerativos) En consecuencia, tiene lugar una inflexión del desarrollo anterior. (De diferenciación)

Esta hipótesis se ha visto corroborada hasta ahora en el campo cognitivo. Las Investigaciones muestran un aumento, en consonancia con las distintas edades, de las correlaciones entre las variables cognitivas y sensoriales. (Salthouse, Hancock, Meinz & Hambrick, 1996)



Mientras que la mayoría de estos resultados se apoyaban en datos transversales, últimamente aparecen datos basados en exámenes longitudinales con la ayuda del Seattle Longitudinal Study. (Maitland, Intrieri, Schaie y Willis, 2000) y del Victoria Longitudinal Study. (Hultsch, Hertzog, Dixon y Small, 1998)

En el ámbito del desarrollo socio-emocional aparece la teoría socio-emocional de la Selectividad. (Carstensen, 1992; Baltes y Carstensen, 1999) sobre el supuesto de que las interacciones sociales están íntimamente relacionadas con la satisfacción subjetiva. Según esta teoría, se deben poner en marcha medidas reguladoras para seguir aplicando con eficacia los recursos vitales de que dispone la persona. La tesis fundamental de la teoría de la selectividad afirma que la persona debe seguir activando su entorno social, modificándolo y adaptándolo con el paso de la edad.

Tres son los motivos por los que deben iniciarse y mantenerse las interacciones Sociales:

- 1) para la regulación directa de las emociones
- 2) para el desarrollo del auto concepto
- 3) para la búsqueda de información.

El peso de cada uno de ellos no es constante, sino que cambia con el transcurso de la edad. Mientras que, por ejemplo, la búsqueda de información juega un importante papel en la juventud, en la edad adulta pasa a un segundo plano, a favor de las motivaciones emocionales.

La idea central, pues, de la teoría de la selectividad es que las prioridades se van desplazando, a lo largo del ciclo vital. De un entorno social amplio, pero no tan intensivo, se pasa en la vejez a una concentración más selectiva y emocionalmente muy positiva de las relaciones sociales. Los amigos y familiares íntimos están a esas edades en primera línea. Paralelamente, las personas mayores no sólo se apartan de las relaciones superficiales, sino también de las conflictivas. Este no es un proceso brusco. Más bien, se produce poco a poco, a partir de la edad madura. En especial, las relaciones de los Adultos mayores quedan, con frecuencia, limitadas a un par de familiares encargados de su cuidado.

El Contextualismo evolutivo. (Lerner, 2002) representa una nueva teoría parcial. Su idea central dice que el proceso fundamental del desarrollo humano queda determinado por los cambios de las relaciones recíprocas entre el individuo y los múltiples contextos que le rodean. Por un lado, está la interacción dinámica de la

psicología, la biología, las relaciones sociales y la cultura. Por otro, aparecen las interacciones con los cambios históricos. Existen, pues, numerosos caminos del desarrollo, influenciados por los contextos, pero en ningún caso prefijados. En relación con la vejez, la teoría resalta el alto grado de plasticidad de los procesos evolutivos, aunque estén supeditados a los cambios históricos o sociales propios de la edad.

Elder. (1998) conceptualiza en su teoría del ciclo vital los contextos, tanto esenciales, como temporales, y su influjo en el desarrollo, cuando escribe: “Las vidas humanas Están integradas socialmente en tiempos y lugares históricos específicos que dan forma a su contenido, patrón y dirección. Como experimentos de naturaleza o diseño, los tipos de cambios históricos se experimentan diferencialmente por personas de diferentes edades y roles... El cambio en sí mismo afecta la trayectoria de desarrollo de los individuos al alterar su curso de vida”. (p. 969)

El desarrollo queda influenciado, pues, por las actividades sociales, los roles, los recursos, pero también por la edad y los cambios y acontecimientos históricos, sean o no normativos. Edler acentúa, ante todo, el efecto simultáneo de los cambios individuales de la edad. (biológicos o psicológicos), de los cambios sociales continuados. (evolución generacional) y de los cambios históricos, culturales, etc...) en todo el desarrollo de la edad adulta y de la vejez.

El estudio del cambio cognitivo en la edad adulta y la vejez es bastante reciente y plantea problemas y dificultades específicas diferentes a las que se plantean en el estudio de los períodos clásicos de la psicología del desarrollo. (Infancia y adolescencia)

1. La edad adulta. (25-30 hasta 65 años) y la vejez. (a partir de 65 años) se extienden mucho en el tiempo.

2. Las características comunes en la conducta de los individuos durante la edad adulta y, en menor medida, en la vejez son menos obvias que en la infancia o la adolescencia debido: durante la vida adulta la similitud y constancia en las conductas de los individuos disminuye debido a que la variabilidad socio personal se incrementa y los cambios físicos y cerebrales son menos generales.

La vejez desde la perspectiva de Piaget el estadio de las operaciones formales. (pensamiento formal) es el estadio final del desarrollo:

1. El desarrollo psicológico como tal “finaliza en la edad adulta” con el pensamiento formal, aunque es posible todavía algún progreso.

2. Aunque el desarrollo biológico subyace al desarrollo psicológico, el deterioro físico del cerebro no tiene por qué llevar necesariamente al deterioro mental en las funciones cognitivas.

En la perspectiva Neopiagetiana la existencia de operaciones y estadios post formales y dialécticos del desarrollo intelectual que caracterizan el pensamiento durante la edad adulta y la vejez.

El estadio de las operaciones formales. (pensamiento formal) es el estadio final del desarrollo:

1. El desarrollo psicológico como tal “finaliza en la edad adulta” con el pensamiento formal, aunque es posible todavía algún progreso.

2. Aunque el desarrollo biológico subyace al desarrollo psicológico, el deterioro físico del cerebro no tiene por qué llevar necesariamente al deterioro mental en las funciones cognitivas. Monchiatti, Krzemien y Krzemien. (2014)

La perspectiva del ciclo vital defendida por Erikson (2008) continúa la concepción sobre la importancia del desarrollo adulto iniciada, el desarrollo no se completa al llegar la edad adulta sino que continúa a lo largo de toda la vida. Durante todo el ciclo vital están presentes cuatro procesos evolutivos básicos:

- Adquisición o Mantenimiento o Transformación o Desmoronamiento de las estructuras y funciones psicológicas, pues el desarrollo de la mente y la conducta tiene un carácter dinámico, multidimensional, multifuncional y no lineal, adopta un enfoque contextual-dialéctico en el estudio del desarrollo.

El desarrollo es fruto de la interacción de factores biológicos y culturales cuya influencia cambia y se modifica con la edad:

- Factores biológicos: tendencia a que los beneficios evolucionistas de la selección natural disminuyan con la edad, ya que están orientados hacia la reproducción y ésta se produce en la primera mitad de la vida.
- Factores culturales: Necesidad de los recursos culturales. (ej.: conocimientos educativos y médicos): aumenta con la edad.
- Eficacia de la cultura: disminuye con la edad; la eficacia con que los mayores son capaces de aprender y utilizar nuevas herramientas y recursos culturales desciende con la edad.
- El desarrollo ontogénico es considerado como un proceso de adaptación con tres propósitos centrales: crecimiento, mantenimiento y regulación de las

pérdidas, en las diversas funciones y procesos psicológicos. Durante el desarrollo la asignación de los recursos psicológicos a estos tres procesos adaptativos muestra un patrón evolutivo diferencial, o la asignación de recursos al crecimiento de los diferentes procesos y funciones psicológicas es más relevante durante la infancia y la adolescencia y disminuye con la edad, o los recursos psicológicos que el individuo debe asignar al mantenimiento de los procesos psicológicos y la regulación de las pérdidas en las diversas funciones se incrementan con el paso del tiempo.

La psicología del ciclo vital analiza la dinámica básica del desarrollo a partir de la consideración del individuo en desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital.

Hay estadios en la edad adulta, pues existe un pensamiento adulto caracterizado como post formal que continúa en la vejez sin embargo este no puede ser calificado de estadio en los términos piagetianos.

La teoría del ciclo vital confirma la existencia de desarrollo durante la edad adulta y el envejecimiento, pero rechaza una concepción de estadios.

Schaie y Willis. (2003) en teoría de estadios en el desarrollo cognitivo adulto resalta las diferencias entre su modelo de estadios y la teoría piagetiana.

Estadio de logro. (Juventud): la cognición se aplica a la consecución de metas personales de los individuos. (Conseguir un trabajo y establecer una familia)

Estadio de responsabilidad. (Madurez): aplicación de las habilidades intelectuales a la vida familiar y laboral. Resolución de situaciones complejas y diferentes a las de adquisición de conocimiento.

- Estadio ejecutivo: en individuos enfrentados a la dirección de organizaciones jerarquizadas en las que la toma de decisiones es singularmente importante.
- Estadio Reorganizativo. (anciano joven-a partir 60/65 años): disminución de la responsabilidad en la adquisición y manejo de información en situaciones complejas, aplica crecientemente sus habilidades intelectuales a la reorganización de su vida y la planificación de la utilización de sus recursos materiales y físicos.

- Estadio Reintegrativo. (anciano): adscribe sus funciones intelectuales a la satisfacción de sus intereses y actitudes, así como al desarrollo de sus valores. Utilizan sus habilidades cognitivas para la regulación emocional.

Los mecanismos de la cognición es el análisis del deterioro de la cognición debido al envejecimiento que se centra en cuatro mecanismos:

- Velocidad de procesamiento
- Memoria operativa
- Procesos de control ejecutivo
- Memoria a largo plazo

En relación al desarrollo en la edad adulta y al envejecimiento podemos decir que la velocidad de procesamiento A partir de los 20 años, la velocidad de procesamiento disminuye claramente con la edad en diversas tareas entre las que se incluye el reconocimiento y comparación entre patrones perceptivos de letras, palabras y números. Esta disminución se debe, principalmente a procesos basados en el sistema nervioso central, más que en los sistemas sensoriales periféricos. Se ha propuesto la existencia de un factor general de velocidad del sistema nervioso central, que se vería afectado por la edad, produciendo un enlentecimiento generalizado en las diversas tareas. Estudios más recientes han matizado este factor general de enlentecimiento, analizando las diferencias individuales entre sujetos, así como la existencia de un factor específico de cada tarea de procesamiento.

Lo psicosocial se vincula a los hechos traumáticos según el planteamiento de Freud, y posteriormente avanza de manera explícita con la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson, en la que sobresale la conexión entre lo individual y colectivo, en que resulta relevante realizar ajustes de acuerdo a cada etapa del ciclo vital. (Medina M, Bernal B, Galeano M, Lozano C.2007)

De acuerdo a Salarezza(1996) a las personas mayores se les considera desde un punto de vista social *“como enfermas y seniles, deprimidas, rígidas , asexuadas pasadas de moda y una multitud de rótulos descalificatorios más. Sus problemas físicos y mentales tienden a ser fácilmente ignorados, generaciones jóvenes tienden a*

*ver a los viejos como diferentes a no considerarlos como seres humanos con iguales derechos y, lo que es peor, no les permite a ellos – a los jóvenes- identificarse con los viejos. Resultado: se tiende a ver a la vejez como algo que no nos pertenece, como algo que está allá, en un futuro muy lejano y, por lo tanto, al no sentir que nos concierne, no nos permite prepararnos para enfrentar nuestro propio envejecimiento.”.*

Es necesario agregar a esto, los cambios a los cuales se ha visto sometida la sociedad, pues tras la aplicación de una feroz política neoliberal que ha desmantelado y transformado la estructura social; el acelerado avance de las tecnologías ha influido de manera importante en la vida del adulto mayor que ya no es el depositario de la sabiduría y la historia como en épocas anteriores, y el adulto mayor va quedando a distancia de las tecnologías modernas, el valor de la experiencia es un valor que ha perdido importancia. Cornachione L., María A.. (2012)

Al ser un proceso que transcurre a lo largo de un tiempo, es evidente que intervendrán variables o factores que lo irán modelando y configurando diversamente, el adulto mayor presentará una serie de características diferenciadas, es decir, circunstancias histórico-culturales que enmarcan el nacimiento y educación de cada uno, como lo aporta Eriksson. (1999) con su teoría de las ocho edades o periodos evolutivos, el autor subraya que cada edad o época de vida tiene unos cometidos con su vertiente positiva, riesgos o negatividad, por lo que la edad tiene su propia dinámica.

Chile se encuentra con una población más envejecida, en la cual el perfil epidemiológico del país va cambiando, este nuevo escenario obliga al estado y a la sociedad a enfrentar nuevas demandas de salud y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores; la vejez es una etapa vulnerable a la enfermedad y soledad, por lo que ha sido ampliamente estudiada tanto en medidas de calidad de vida, como de bienestar psicológico. (Kozma & Stone, 1978, 1980; Lewis, Maltby & Day, 2005); estos datos deben completarse con otros indicadores de Bienestar Subjetivo Chile. (BS), Calidad de Vida. (CV) son algunos de lo que nos habla Moyano y Ramos. (2007)

En Chile, se han realizado estudios que dan cuenta de sus condiciones de vida del adulto mayor, de su existencia, el contexto de la cultura, sistema de valores en los que vive, sus expectativas, normas e inquietudes; calidad de vida es un concepto muy amplio, y que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado

psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Organización Mundial de la Salud. (2007) Chile se encuentra en un proceso demográfico significativo, el país envejece aceleradamente, la fecundidad ha disminuido y está llegando a un nivel por debajo del reemplazo. (Bravo, J. & Bertranou, F. 2006)

La calidad de vida, está asociada a la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental, en general a múltiples factores.

Velandia. (1994), nos dice que calidad de vida del adulto mayor, es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana tales como, vivienda, alimentación, vestido, educación y libertades humanas; cada una de estas contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas a la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

Krzejmen. (2001), en el grupo de investigación psicológica del desarrollo, sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de las relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida, será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

Según Martin. (1994), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, pues consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa.

En Metodología de la Investigación Cualitativa Eamon O'Shea. (2013) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da

sentido a su propia vida en el contexto cultural, y de los valores en el que vive y en la relación a sus propios objetivos de vida.

El concepto de calidad de vida, en un primer momento, aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana, en los años 50 y a comienzos de los 60 el interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos del bienestar social de una población. Gómez-Vela, María; Sabeh, E. (2011)

La expresión calidad de vida comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida y toma un carácter multidimensional, que hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

Birren y Diekmann. (1991) Definen calidad de vida como “la evaluación de las circunstancias de la vida de un individuo, grupo o población, en la cual se evalúan las características del ambiente físico y social, los estados internos del sujeto y su salud; presentándose dos posibles modos de medición, uno basado en la percepción subjetiva o interna de la calidad de vida y otro a través de juicios externos y valoraciones objetivas de la misma.

El que amplía esta definición es Lawton. (1991), al contemplar los aspectos objetivos y subjetivos de la evaluación de la calidad de vida, incluyendo tanto la medición, física, funcional, el estado mental, el funcionamiento cognitivo.

La organización Mundial de la Salud,(2014) propuso una definición de consenso de calidad de vida, considerándola como “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. (OMS, 2014)

Las conceptualizaciones de Borthwick-Duffy y Cols., 1992; Felce, 1995 sobre Calidad de Vida son:

- *Calidad de Vida* = Calidad de las condiciones objetivas de vida.
- *Calidad de Vida*= Satisfacción del Individuo con sus condiciones de vida



- *Calidad de Vida* = Calidad de las condiciones de vida + satisfacción personal
- *Calidad de Vida* = calidad de las condiciones de vida + satisfacción personal + valores personales.

Uno de los organismos que más se ha preocupado en definir y medir la calidad de vida es la Organización Mundial de la Salud con la creación del grupo de trabajo para tratar el problema de calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamientos médicos. (Who Quality of Life Group)

El motivo de realizar esta investigación de la percepción calidad de vida del adulto mayor no institucionalizado de Providencia, con la posibilidad de ir generando nuevos desafíos a los centros de salud para dar respuesta a los nuevos patrones epidemiológicos y a las necesidades de salud de este grupo etario, con la finalidad de establecer la calidad de vida de los adultos mayores en Providencia.

De acuerdo a Moragas. (2011), existen tres concepciones de la vejez que son:

- 1) Vejez cronológica: esta se fundamenta en la vejez histórica del organismo, es la que se mide con el transcurso del tiempo.
- 2) Vejez funcional: el envejecimiento origina reducciones de la capacidad funcional debido al transcurso del tiempo, aunque no representa necesariamente incapacidad.
- 3) Vejez etapa vital: basada en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, pues esta es una etapa, con una realidad propia y diferenciada de las anteriores.

Hay muchas teorías que nos hablan del envejecimiento humano, que sin embargo están muy lejos de encontrar la eterna juventud; del mismo modo, en que los científicos buscan la forma de evitar el envejecimiento y prolongar la vida. La noción de vejez ha variado, en los últimos años, y a principios del siglo XIII, existían “viejos” a los 30 años y a principios del siglo XX, un hombre o mujer de 50 años ya eran personas mayores. (González & Rodríguez, 2006) Hoy se considera una persona adulta mayor, es aquella que tiene más de 60 años o más, esta es la definición estándar que establece Naciones Unidas. (2014)

Está claro que el envejecimiento es un concepto gradual, una consecuencia que se extiende durante toda una vida, con cambios y modificaciones sutiles e imperceptibles en algunos casos, por lo que entonces podemos decir que este no es solamente un proceso cronológico sino también psicológico y social. (Vega & Bueno, 1996)

Por esta razón, no todas las personas ni todas las partes del cuerpo envejecen de la misma manera, por lo tanto debemos hablar de un envejecimiento individual, pues son las diferentes formas de vivir de cada individuo en su contexto social, familiar, e interno. (Melero, Jusi, Delgado 2002); es de esta manera como una persona envejece, depende del estilo de vida que ha llevado en las etapas anteriores de su desarrollo, sus condiciones psíquicas y biológicas.

En la Teoría Social de Erickson, nos dice que los adultos entran en una etapa final, y su tarea debería ser, poder contemplar y dar sentido a su vida en un conjunto y con coherencia, que acepten su vida como la vivieron y creer que lo que hicieron en ella, fue lo mejor posible, pues si logran, habrán desarrollado la integridad del ego. (citado por Papalia, 1997) Con la sabiduría, el adulto sabe aceptar limitaciones, el adulto sabio sabe cuándo aceptar un cambio y cuando oponerse al mismo, cuando sentarse en silencio y cuando luchar.

La teoría de la actividad de R.W.Havighurst y R Albrecht. (1953), nos habla de que la actividad es la base de un envejecimiento saludable, no habla de que mientras más activa es un individuo, su envejecimiento es más saludable, están propensos a una mejor adaptación al medio.

Alex Comfort. (1990), nos plantea el tema social frente al envejecimiento, desde la perspectiva psicosocial, que se centra en la forma en que los adultos mayores logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, de cómo buscan respuestas a los problemas que se les presentan y de cómo aceptan las pérdidas y las frustraciones.

Se define la vejez, como una Gestalt conceptual coherente y organizada, que está compuesta de percepciones de las características del Yo, y de las percepciones de las relaciones del Yo con los otros y con los diversos aspectos de la vida, junto con los valores asignados a estas percepciones. (Rogers 1978)

En la revisión que hiciera Lemon, Bengston & Peterson. (1972), exponen que lo más importante es estar socialmente involucrado, indiferente al tipo de actividad que se desempeñe, enfocándose en lo cuantitativo primordialmente, proponen que para el individuo lo más importante son las actividades que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma, no es importante la cantidad de interacciones que mantenga si no su significación, que tiene sentido para el individuo.

En consecuencia el envejecimiento es concebido como un proceso que experimentan los individuos como se ha expresado anteriormente de una manera biológica y otra social; para Thornae. (1982), la vejez es un destino social, dado que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la calidad como la cantidad de vida, los adultos mayores, como lo dice Anzola *et al.*,(1994), deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes.

Esta tesina presenta una perspectiva de análisis desde el sujeto y la percepción que tiene de sí mismo en cuanto a la calidad de vida de adulto mayor de Providencia, el instrumento Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, en la cual las variables que interesan son la percepción que los adultos mayores tienen de sí mismos.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables, pero la aparición del concepto como tal y a popularizarse es los años 60, hasta convertirse en el día de hoy en un concepto utilizado, en ámbitos muy diversos tales como la salud mental, la educación, la economía, la política y servicios en general. La población adulta mayor se ha incrementado de manera considerable, principalmente debido al mejoramiento de las condiciones de vida. Hernández Z. (1997)

El envejecimiento se perfila no solo como un fenómeno poblacional, sino también, que merece el desarrollo de procedimientos que puedan garantizar cierta equidad inter-generacional en la distribución de los recursos. Es esperable que el colectivo de los ancianos como tal pueda contar con los cuidados y servicios de salud deseados, los cuales usualmente difieren de los que el estado está dispuesto a ofrecerles.

Los indicadores de salud usados habitualmente para la evaluación del sistema de salud, se encuentran más ligados a la enfermedad y muerte, constituyendo una expresión reducida de la salud y son insuficientes para describir la calidad de vida de

los individuos. No se trata ya de vivir más, sino que vivir mejor. De tal manera, se requieren otras condiciones e indicadores psicológicos y sociales a la hora de establecer la salud de una comunidad o grupo social, particularmente los adultos mayores. En Chile, se estima que resultados de estudios realizados en la población adulta mayor, dan cuenta, entre otros, de la evaluación de sus condiciones de vida y cómo en esta impacta su salud. Bowling, A.. (2005)

A raíz de estudios realizados, ha sido posible la creación y aplicación de políticas públicas, el diseño de programas centrados en la promoción de un envejecimiento activo y saludable o la generación de proyectos en salud, orientados tanto a la prevención como en la educación del adulto mayor. (SENAMA, 2014)

La población de adulto mayor al 2020 será de 3,2 millones de habitantes, esto es un adulto mayor por cada cinco personas; ante este aumento poblacional, se hace necesario realizar estudios que no solo estén centrados en la morbilidad, los factores de riesgos y la prevalencia de enfermedades crónicas en personas adulto mayor, sino orientadas a la calidad del envejecimiento y al bienestar psicológico del adulto mayor, es decir un énfasis en la disminución de la situación de vulnerabilidad a la que se ven expuestos, tal como el impacto que vivencia el adulto mayor en su calidad de vida, productos de los eventos que se desarrollan en el proceso de envejecimiento. Lucas-Carrasco, R. Laiidlaw K., Power MJ. (2011)

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud. (OMS) puede ser definida 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” .Noerholm V., Groenvold M., Watt T., Bjorner JB., Rasmussen NA., Bech P.,(2004)

El SENAMA junto a la Universidad Católica realizaron un seminario “Envejecimiento y Calidad de Vida en Chile”(marzo 2014) aquí dieron cuenta de los resultados de la III Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013, El objetivo de este estudio fue dar cuenta de las condiciones de vida de las personas mayores en Chile, como asimismo, de su bienestar subjetivo, en cinco temas: bienestar general en la vejez, situación económica y laboral, condiciones de salud, participación y actividades

sociales, relaciones sociales y familiares; y en el sexto capítulo aborda los factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores.

Los estudios que se han realizado son pocos, en lo que respecta a calidad de vida del adulto mayor, las investigaciones realizadas, son en áreas tales como educación, gerontología a partir de la enfermedad, es por ello que los estudios se dirigen a la salud del adulto mayor, adulto mayor postrado, adulto mayor institucionalizado.

La situación económica del adulto mayor, de todos los hogares del país, el 23% de ellos es jefe de hogar un adulto mayor, de los jefes de hogares hombres, un 19% es adulto mayor, en cambio en los hogares cuyo jefe de hogar es mujer, el 34% de ellos los dirige una mujer de 60 años y más, teniendo una sobrevivida mayor el jefe de hogar femenino ante el masculino. Con respecto a la distribución porcentual de los hogares con jefe adulto mayor, tanto los masculinos los femeninos se concentran preferentemente en las regiones, Metropolitana, VIII y V. (INE,2005)

Uno de los principales problemas que se le presentan al adulto mayor es el abandono socio familiar, esto genera ruptura en la comunicación, es por ello que se medirá la variable soledad.

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

### **3.1 Tipo de Estudio**

Este es una exploración de tipo cuantitativo y descriptivo, ya que los datos recolectados describen ciertas características de la población adulta mayor no institucionalizada de la comuna de Providencia estudiada y son cuantificables de forma independiente, y se describirán las variables y analizarán su incidencia e interrelación en un momento dado

### **3.2 Diseño**

Es diseño transaccional no experimental descriptivo del adulto mayor no institucionalizado de la comuna de Providencia, los datos recolectados describen ciertas características de la población estudiada y son cuantificables. Es de corte transversal, pues el instrumento de medición se aplica en un momento determinado, donde el entrevistado responde de acuerdo a su percepción actual de su Calidad de Vida (Sampieri, 2008). No existe manipulación intencionada,

### **3.3 Población de Estudio**

El tamaño del universo es un total de 6.692 personas de las cuales 4.655 son mujeres y 2.037 hombres; y la muestra estaría compuesta por 110 hombres y 253 mujeres, lo que hacen un total de 363 entrevistados, equivalente a un 5,42%. El universo corresponde a Adultos Mayores no institucionalizados que viven en la Comuna de Providencia.

El criterio de inclusión, es que todas las personas entrevistadas fueran mayores de 60 años, que pertenecieran a programas o clubes de adultos mayores, que pertenecieran a las juntas vecinales, y que vivieran en la Comuna de Providencia y que voluntariamente quisieran participar en la muestra.

### **3.4 Técnica de análisis de datos**

Los resultados de percepción de calidad de vida serán analizados, por medio de estadísticos de tendencia dispersión de forma, es decir tablas de frecuencia, gráficos y pruebas T de contraste estadísticos y Anova para establecer diferencias significativas.

### **3.5 Definición Conceptual de variables**

Se entenderá por Calidad de Vida, como un constructo complejo, multifactorial, en donde hay dualidad subjetiva que hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se le denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda que es objetiva está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción de ambas lo que determina la Calidad de Vida “Estado de Bienestar”(Tuesca, 2012) se usara para medir la Calidad de Vida el instrumento WOHOQL-BREF, también se entenderían las sub dimensiones de: Dominio Físico, en la que entran dolor, energía, sueño, movilidad, actividad, medicación, trabajo; Dominio Psicológico, en la que están esta sub dimensiones como, sentimientos positivos, pensamiento, estima, cuerpo, sentimientos negativos, espiritualidad; luego está el Dominio Relaciones Sociales en donde se encuentra las sub dimensiones relaciones sociales, soportes sociales, sexo; y por último se tiene el Dominio Medio Ambiente, en donde se encuentras las sub dimensiones, seguridad, hogar, finanzas, servicios, información, ocio, medio ambiente, transporte.

### **3.6 Definición operacional**

A través del instrumento confeccionado por la OMS, conformado de acuerdo a la escala de calidad de vida de esta organización. Este instrumento está compuesto por la Escala de Calidad de Vida, llamada WHOQOL- BREF, esta es una versión abreviada de WHOQOL-100, elaborada por WHOQOL Group de la OMS, que se compone de 26 interrogantes y suministra un perfil multidimensional de los puntajes a través de una pregunta acerca de la percepción global de calidad de vida, otra pregunta sobre la percepción general de la calidad de vida en salud y las 24 preguntas restantes agrupan 4 dimensiones explicadas anteriormente. Se consideró la escala Lickert de 1 a 5, siendo 1 el peor puntaje y 5 el mejor.

La calidad de Vida será medida a través del punto central de la mediana considerando las personas que estén bajo la mediana como inferior al término medio y los que estén sobre la mediana sobre el término medio.

### **3.7 Procedimiento**

Se fue a la Municipalidad de Providencia y se habló con las personas pertinentes que tienen los listados de Club Adulto Mayor, Juntas de Vecinos, luego se fue a visitar los Clubes de Adultos Mayores y las Juntas de Vecinos entre los meses de Octubre y Noviembre 2017 para solicitar a los adultos mayores que colaboraran con este estudio que fue absolutamente voluntario, de carácter anónimo y luego de Enero, Febrero, Marzo y Mayo 2018, se aplicaron los cuestionarios de los que estaban en el rango requerido, mayores de 60 años. Los datos se obtuvieron mediante un instrumento de medición, aplicado durante una entrevista personalizada por la investigadora, antes de comenzar fueron explicados los objetivos, la duración de la encuesta y se le invitó a participar libremente en el estudio. Se solicita el consentimiento informado. ( se encuentra en anexo), asegurando la confidencialidad de la identidad. Se procedió a leer cada pregunta en voz alta y se señalaron las opciones de respuesta con un lenguaje apropiado al nivel educacional de cada adulto mayor, con el fin de obtener la alternativa escogida por éste. La encuesta tuvo una duración de 30 a 40 minutos. Durante el proceso, los entrevistados se mostraron cooperativos, atentos y entusiasmados.



### **3.8 Técnica de recolección de datos y validación del instrumento**

Los datos se tuvieron a través del instrumento de aplicación El WHOQOL- Bref . validado en Chile por unión de Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Metodología, Psicológica de Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile. Departamento de Metodología, Psicología, Universidad de Barcelona; Grupo Consolidado de Investigación SGR822 de la Generalitat de Catalunya. Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos Universidad de Chile, este proyecto de validación fue financiado por Domeyko-Salud: Calidad de Vida y Envejecimiento. Vice-rectoría de Investigación y Desarrollo. Universidad de Chile recibido el 15 de 2010, aceptado el 21 de marzo de 2011.

Este instrumento está compuesto por 26 preguntas, de las cuales, una inquiriere sobre la calidad de vida general, una sobre satisfacción con la salud y las 24 restantes se agrupan en cuatro dominios de calidad de vida, siendo estos salud física (7 preguntas), salud psicológica (6 preguntas), relaciones sociales (3 preguntas) y ambiente (8 preguntas). Cada encuestado debe responder a cada faceta en categorías cuyo puntaje oscila entre 1 y 5 puntos (Escala Likert). Los puntajes de los dominios luego son convertidos según una tabla de corrección de puntajes debido a la desigualdad en el número de ítems, teniendo la posibilidad de convertirse en un rango de 0 a 100 o de 4 a 2030. En esta investigación hemos utilizado la puntuación de 0 a 100, para efectos de su comparación con los valores normativos propuestos para la escala 31. Se considera que a mayor puntuación mejor Calidad de Vida.

En esta aplicación de preguntas se utilizó un ítem (adjunta en anexos) que consistió en una serie de preguntas, en las cuales se recolectaron datos socio-demográficos y

antecedentes de salud, sexo, edad, nivel educacional, estado civil, tipo de familia, ingreso mensual por persona, y dentro de los antecedentes de salud se recogió información referente a enfermedades.

### **3.9 *Discusión***

La confirmación del modelo nos da confianza para que estudios posteriores analicen los resultados de este instrumento por dimensiones cuando el interés sea asociar su puntaje con otras variables, por ejemplo de tipo sociodemográfico, o para determinar la efectividad de intervenciones. La constancia de estas dimensiones además apoya la impresión que las mismas percepciones del WHOQOL-BREF se encuentran en distintas culturas y en personas con diferentes estados de salud/enfermedad, requerimiento fundamental para considerar un instrumento transcultural y permitir comparar los resultados entre países. La fiabilidad del instrumento fue satisfactoria tanto para la escala general como para cada una de las dimensiones, con resultados similares a lo descrito en el estudio original y en estudios en adultos mayores. Se destaca que el alfa de Cronbach encontrado en relaciones sociales es mayor al observado en otras evaluaciones, ya que al tener sólo tres preguntas es la dimensión que muestra la menor fiabilidad. Finalmente, los resultados nos permiten concluir que la aplicación del WHOQOL-BREF en adultos mayores chilenos ofrece medidas fiables y estructuralmente válidas en relación al modelo propuesto inicial de evaluación de calidad de vida de la OMS. Por lo anterior, se recomienda este instrumento como adecuado para su uso en nuestro medio en estudios poblacionales y estudios clínicos. Considerando que los programas chilenos destinados al adulto mayor han solucionado muchas de las necesidades básicas de nutrición, sanitarias y de vivienda, es importante tener en cuenta que el próximo gran desafío es mejorar la calidad de vida de este grupo etario sobre todo en un envejecimiento saludable en las Dimensiones anteriormente señaladas. Encuestas como la que hemos evaluado en este estudio, nos permitirán conocer cuáles son las dimensiones que más afectan la calidad de vida de las personas mayores y reorientar las acciones hacia conseguir un envejecimiento exitoso de nuestra población.

## CAPITULO V.-RESULTADOS

### 5.1 Resultados

Los resultados de la presente investigación obtenidos a través del instrumento de medición calidad de vida se expondrán primeramente de forma descriptiva para luego avanzar en análisis inferenciales de mayor nivel de profundidad.

### 5.2 Dimensiones e ítems

#### **Dimensión Física.**

Es posible observar que un 95,9% de los adultos mayores entrevistados se perciben bajo el término medio en cuanto a su percepción de Calidad de Vida Física. Dado que su movilidad esta disminuida, necesita medicamentos para evitar el dolor y su energía disminuye.

**Diagnostico dimensión Física**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Bajo el Término Medio	349	95,9	95,9	95,9
Sobre el Término Medio	15	4,1	4,1	100,0
Total	364	100,0	100,0	

### ***Dimensión Psicológica.***

Tras consultar con respecto a la calidad de vida en lo que refiere a la dimensión psicológica, se observa que los adultos mayores en un 83,5% se encuentran por bajo el término medio en dicha medición. Ello significaría que una alta probabilidad de evidenciar que no disfruta de la vida y lo lleva a percibir que su vida no tiene sentido, percibe que ha disminuido su poder de concentración, en cuanto a la percepción que tiene de su imagen y de sí mismo es menoscabada.

**Diagnostico Dimensión Psicológica**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Bajo el Término Medio	304	83,5	83,5	83,5
Sobre el Término Medio	60	16,5	16,5	100,0
Total	364	100,0	100,0	

### ***Dimensión Relaciones Sociales.***

Asimismo, se observa que, en Dimensión Relaciones Sociales, se observa que un 64,6% de los adultos mayores se encuentran por bajo el término medio en dicha condición, ello significaría que se perciben en el ámbito sexual disminuidos, al igual que en el apoyo de sus amigos y relaciones personales.

**Diagnostico Relaciones Sociales**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Bajo el Término Medio	235	64,6	64,6	64,6
Sobre el Término Medio	129	35,4	35,4	100,0
Total	364	100,0	100,0	

### ***Dimensión Ambiente.***

En lo relacionado con Dimensión Ambiente, es posible apreciar que un 70,1% de los adultos mayores se encuentran en una posición por bajo el término medio en dichos casos podría observarse la presencia de inseguridad, en el que su ambiente que lo rodea no es saludable, escasea el dinero para cubrir sus necesidades y eso repercute en tener pocas oportunidades de ocio, en cuanto al acceso de los servicios sanitarios y transporte lo percibe insatisfactoriamente.

**Diagnostico Dimensión Ambiente**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Bajo el Término Medio	255	70,1	70,1	70,1
Sobre el Término Medio	109	29,9	29,9	100,0
Total	364	100,0	100,0	

### ***Calidad de Vida***

Sin embargo, al consultar con respecto a la calidad de vida, es posible apreciar que a pesar de los resultados anteriores, el 81,3% de los adultos mayores percibe que su calidad de vida es por sobre el término medio.

**Diagnostico Calidad de Vida**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Bajo el Término Medio	68	18,7	18,7	18,7
Sobre el Término Medio	296	81,3	81,3	100,0
Total	364	100,0	100,0	

## VI. ANALISIS INFERENCIALES

### 6.1 DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA/ SEXO

Tras realizar análisis de contraste estadístico prueba

T de Student, es posible apreciar que no existen diferencias significativas en cuanto a determinar que el sexo influye en poseer una calidad de vida diferente. Solo se encuentran diferencias matemáticas que indican diferencias menores.

	sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resultados Dimensión Física	Mujer	261	14,7241	3,33751	,20659
	Hombre	103	14,9223	3,25904	,32112
Resultados Dimensión Psicológica	Mujer	261	14,7778	3,80643	,23561
	Hombre	103	14,4369	4,07207	,40123
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	Mujer	261	7,6475	2,66716	,16509
	Hombre	103	7,3495	2,64467	,26059
Resultados dimensión ambiente	Mujer	261	21,7203	4,15775	,25736
	Hombre	103	21,1942	4,77341	,47034
Resultados Calidad de Vida	Mujer	261	1,0077	,93641	,05796
	Hombre	103	,9417	,65418	,06446

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Resultados Dimensión Física	Se han asumido varianzas iguales	,140	,709	-,514	362	,608	-,19819	,38581	-,95690	,56052
	No se han asumido varianzas iguales			-,519	191,062	,604	-,19819	,38184	-,95135	,55496
Resultados Dimensión Psicológica	Se han asumido varianzas iguales	,878	,349	,754	362	,451	,34088	,45185	-,54769	1,22946
	No se han asumido varianzas iguales			,733	176,251	,465	,34088	,46530	-,57739	1,25915
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	Se han asumido varianzas iguales	,061	,805	,962	362	,336	,29800	,30962	-,31089	,90688
	No se han asumido varianzas iguales			,966	188,405	,335	,29800	,30848	-,31053	,90652
Resultados dimensión ambiente	Se han asumido varianzas iguales	1,866	,173	1,042	362	,298	,52613	,50502	-,46701	1,51927
	No se han asumido varianzas iguales			,981	166,371	,328	,52613	,53614	-,53239	1,58466
Resultados Calidad de Vida	Se han asumido varianzas iguales	,000	,997	,654	362	,514	,06592	,10080	-,13231	,26414
	No se han asumido varianzas iguales			,760	265,537	,448	,06592	,08669	-,10476	,23659



## 6.2 Dimensiones Calidad de Vida/Nivel Académico.

Al realizar análisis estadístico Anova, el cual permite determinar si el nivel académico alcanzado por el adulto mayor incide en su percepción de calidad de vida, es posible apreciar que en todas sus dimensiones existen diferencias significativas

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Resultados Dimensión Física	Inter- grupos	385,681	4	96,420	9,624	,000
	Intra- grupos	3596,736	359	10,019		
	Total	3982,418	363			
Resultados Dimensión Psicológica	Inter- grupos	365,207	4	91,302	6,425	,000
	Intra- grupos	5101,826	359	14,211		
	Total	5467,033	363			
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	Inter- grupos	157,047	4	39,262	5,842	,000
	Intra- grupos	2412,500	359	6,720		
	Total	2569,547	363			
Resultados Dimensión Ambiente	Inter- grupos	278,990	4	69,748	3,817	,005
	Intra- grupos	6560,153	359	18,273		
	Total	6839,143	363			
Resultados Calidad de Vida	Inter- grupos	18,367	4	4,592	6,500	,000
	Intra- grupos	253,589	359	,706		
	Total	271,956	363			

Tal como se mencionó anteriormente, existen diferencias significativas en la manifestación de mayores o menores niveles de calidad de vida entre adultos mayores que niveles académicos como:

Básica Incompleta/Media Completa siendo la diferencia de medias de 1,88782.

Básica Completa/Media Completa siendo la diferencia de medias de 1,92449

Media Incompleta/ Media Completa siendo la diferencia de medias de 3,76842

### **6.3 Calidad de Vida /Padecimiento de Enfermedad.**

Tras consultar a las personas si el hecho de tener alguna enfermedad influye en su calidad de vida, es posible observar primeramente que las dimensiones Física, Relaciones Sociales, Ambiente y Calidad de vida se ven disminuidas en cuanto a sus promedios en personas que declaran poseer alguna enfermedad. Sin embargo, al someter a análisis estadísticos de contraste, solo es posible determinar que dichas diferencias son significativas para las dimensiones física (p:0,00), Psicológica (p:0,07) y Calidad de vida (p:0,00)

**Estadísticos de grupo**

	Tiene alguna enfermedad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resultados Dimensión Física	No	207	15,4203	3,81898	,26544
	Si	157	13,9363	2,23802	,17861
Resultados Dimensión Psicológica	No	207	14,2077	4,43621	,30834
	Si	157	15,3057	2,89266	,23086
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	No	207	7,5652	3,24775	,22573
	Si	157	7,5605	1,59461	,12726
Resultados dimensión ambiente	No	207	21,5121	4,94225	,34351
	Si	157	21,6497	3,40224	,27153
Resultados Calidad de Vida	No	207	1,1401	,57849	,04021
	Si	157	,7898	1,10958	,08855

**Prueba de muestras independientes Calidad de vida/Padecimiento de Enfermedad**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Resultados Dimensión Física	Se han asumido varianzas iguales	24,404	,000	4,336	362	,000	1,48398	,34225	,81094	2,15703
	No se han asumido varianzas iguales			4,638	342,153	,000	1,48398	,31994	,85469	2,11328
Resultados Dimensión Psicológica	Se han asumido varianzas iguales	32,820	,000	-2,696	362	,007	-1,09800	,40721	-1,89880	-,29721
	No se han asumido varianzas iguales			-2,851	354,562	,005	-1,09800	,38519	-1,85554	-,34047
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	Se han asumido varianzas iguales	45,518	,000	,017	362	,987	,00471	,28196	-,54978	,55920
	No se han asumido varianzas iguales			,018	315,653	,986	,00471	,25914	-,50515	,51456
Resultados dimensión ambiente	Se han asumido varianzas iguales	40,211	,000	-,299	362	,765	-,13760	,45995	-1,04211	,76690
	No se han asumido varianzas iguales			-,314	358,850	,754	-,13760	,43787	-,99871	,72350
Resultados Calidad de Vida	Se han asumido varianzas iguales	7,085	,008	3,898	362	,000	,35029	,08986	,17357	,52701

No se han asumido varianzas iguales			3,602	219,874	,000	,35029	,09726	,15862	,54196
-------------------------------------	--	--	-------	---------	------	--------	--------	--------	--------

#### 6.4 Calidad de Vida /Dinero

Tras consultar a los adultos mayores sobre si les alcanza el dinero y cuanto puede influir ello en su calidad de vida no fue posible observar diferencias estadísticamente significativas para dicho grupo.

Encontrando solamente diferencias matemáticas menores.

#### Estadísticos de grupo

	Le alcanza con el Dinero que recibe para cubrir sus gastos	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resultados Dimensión Física	No	106	14,8679	2,44589	,23757
	Si	258	14,7442	3,61208	,22488
Resultados Dimensión Psicológica	No	106	14,3868	2,92630	,28423
	Si	258	14,8023	4,20992	,26210
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	No	106	7,7264	2,43597	,23660
	Si	258	7,4961	2,74925	,17116
Resultados dimensión ambiente	No	106	21,3679	3,42074	,33225
	Si	258	21,6550	4,66975	,29073
Resultados Calidad de Vida	No	106	,9811	,13670	,01328
	Si	258	,9922	1,02495	,06381

**Prueba de muestras independientes Calidad de vida/Dinero**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Resultados Dimensión Física	Se han asumido varianzas iguales	10,431	,001	,323	362	,747	,12374	,38260	-,62866	,87614
	No se han asumido varianzas iguales			,378	284,235	,706	,12374	,32712	-,52015	,76762
Resultados Dimensión Psicológica	Se han asumido varianzas iguales	27,905	,000	-,928	362	,354	-,41553	,44781	-1,29617	,46510
	No se han asumido varianzas iguales			-1,075	277,512	,283	-,41553	,38663	-1,17663	,34556
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	Se han asumido varianzas iguales	,621	,431	,750	362	,454	,23029	,30713	-,37370	,83428
	No se han asumido varianzas iguales			,789	219,134	,431	,23029	,29202	-,34524	,80582
Resultados dimensión ambiente	Se han asumido varianzas iguales	7,797	,006	-,573	362	,567	-,28711	,50123	-1,27280	,69858
	No se han asumido varianzas iguales			-,650	264,090	,516	-,28711	,44149	-1,15640	,58217

Resultados Calidad de Vida	Se han asumido varianzas iguales	54,413	,000	-,111	362	,912	-,01112	,09999	-,20776	,18553
	No se han asumido varianzas iguales			-,171	278,460	,865	-,01112	,06518	-,13942	,11719

### 6.5 Calidad de Vida /Deporte

Al consultar con respecto a la influencia del deporte en relación con la calidad de vida es posible observar que existen diferencias estadísticamente significativas que permiten aludir que el deporte mejora la calidad de vida en todas sus dimensiones e incluso en la percepción del nivel general de calidad de vida.

#### Estadísticos de grupo

	hace deportes	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resultados Dimensión Física	No	122	13,2131	1,92946	,17468
	Si	242	15,5702	3,57568	,22985
Resultados Dimensión Psicológica	No	122	13,5656	3,71725	,33654
	Si	242	15,2438	3,84698	,24729
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	No	122	6,9098	1,78147	,16129
	Si	242	7,8926	2,95696	,19008
Resultados dimensión ambiente	No	122	19,6066	4,26122	,38579
	Si	242	22,5620	4,04003	,25970
Resultados Calidad de Vida	No	122	,8033	,63817	,05778
	Si	242	1,0826	,94747	,06091

**Prueba de muestras independientes Calidad de vida/ deportes**

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
☒ Resultados Dimensión Física	26,721	,000	-6,796	362	,000	-2,35713	,34682	-3,03917	-1,67510
			-8,165	360,356	,000	-2,35713	,28870	-2,92488	-1,78939
Resultados Dimensión Psicológica	,519	,472	-3,973	362	,000	-1,67823	,42239	-2,50888	-,84758
			-4,018	250,302	,000	-1,67823	,41763	-2,50075	-,85571
Resultados Dimensión Relaciones Sociales	19,384	,000	-3,374	362	,001	-,98273	,29128	-1,55554	-,40991
			-3,942	350,786	,000	-,98273	,24929	-1,47301	-,49244
Resultados dimensión ambiente	,872	,351	-6,468	362	,000	-2,95543	,45694	-3,85402	-2,05683
			-6,355	231,630	,000	-2,95543	,46506	-3,87172	-2,03914
Resultados Calidad de Vida	,078	,780	-2,937	362	,004	-,27937	,09511	-,46641	-,09232
			-3,328	332,926	,001	-,27937	,08395	-,44451	-,11423

## VII. CONCLUSIONES

En primer lugar es importante aclarar que estos resultados muestran que la Calidad de Vida de los Adultos Mayores es subjetivo, dado que consultar con respecto a la calidad de vida en lo que refiere a la dimensión psicológica, se observa que los adultos mayores en un 83,5% se encuentran por bajo el término medio en dicha medición, lo cual significaría una alta probabilidad de evidenciar que no disfruta de la vida, que lo lleva a percibir que su vida no tiene sentido.

Los adultos mayores de la comuna de Providencia no institucionalizados, al aplicarles el instrumento se puede observar que un porcentaje de 95,9% de los adultos mayores no institucionalizados de la Comuna de Providencia entrevistados, se perciben bajo al término medio en cuanto a su percepción de calidad de vida Física. Dado que su movilidad esta disminuida, necesita medicamentos para evitar el dolor y su energía disminuye.

Ello significaría que una alta probabilidad de evidenciar que no disfruta de la vida y lo lleva a percibir que su vida no tiene sentido, percibe que ha disminuido su poder de concentración, en cuanto a la percepción que tiene de su imagen y de sí mismo es menoscabada.

En el mismo instrumento al consultar con respecto a la calidad de vida, en lo que se refiere a la Dimensión psicológica, se observa que los Adultos Mayores en un porcentaje de 83,5% se encuentran bajo el término medio en la medición realizada. Ello significaría una alta probabilidad de evidencia que no disfruta la vida y ello lo lleva a percibir que su vida no tiene sentido, dado que ha disminuido su poder de



concentración, en relación a la percepción de su imagen y de si mismo es menoscabada.

Asimismo, se observa que, en Dimensión Relaciones Sociales, se puede observar que un porcentaje de 64,6% de los adultos mayores se encuentran por bajo el término medio en dicha condición, lo que ello significaría que se perciben en el ámbito sexual muy disminuidos, del mismo modo que en el apoyo de sus amigos y relaciones personales.

En cuanto a las preguntas relacionadas en la Dimensión Ambiente, es posible apreciar que un porcentaje de 70,1% de los adultos mayores se encuentran en una posición por bajo el término medio en dichos casos podría observarse la presencia de inseguridad, en donde el ambiente que lo rodea no es saludable.

Escasea el dinero para cubrir sus necesidades y eso repercute en tener pocas oportunidades de ocio, en cuanto al acceso de los servicios sanitarios y transporte lo percibe insatisfactoriamente.

En cuanto a la Dimensión Calidad de Vida en relación a Nivel Académico, podemos inferir que a mayor escolaridad existen significativas diferencias que logran tener una mejor Calidad de Vida

Sin embargo, a pesar de lo negativo que percibe en cada dimensión al consultar con respecto a la calidad de vida, es posible apreciar que a pesar de los resultados anteriores, el porcentaje es de 81,3% de los adultos mayores percibe que su calidad de vida es por sobre el término medio.

## **7.2 Discusión**

Uno de los principios reconocidos por las Naciones Unidas a favor de las personas de edad es la participación que deben estar integrados a la sociedad, que puedan participar activamente en las propuestas y aplicación de políticas públicas; para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores es necesario garantizar la seguridad de ingresos, acceso a los servicios sociales, erradicación de la violencia y discriminación contra el adulto mayor.

Los Adultos Mayores desde los encuestados recibe una jubilación que va de \$70.000 mil pesos a \$300.000 mil pesos. A los Adultos Mayores, se le entregan algunos medicamentos a través de APS (Atención Primaria en Salud) que depende de los Municipios, otros servicios, que deben pagar los Adultos Mayores son impuestos, gastos de vivienda, movilización, en esta encuesta realizada 80 personas manifiesta que no le alcanza para vivir.

Se puede inferir en esta investigación que la cultura determina la participación como ciudadano, a través de sus opiniones, en esta investigación se revela que la mayoría de los ancianos están informados de lo que sucede en su entorno y de las principales noticias del mundo.

En el ámbito de salud en este grupo encuestado no se presentan diferencias dispares, y la mayor parte de ellos debe tomar remedios para hacer su vida cotidiana.

El ámbito de la salud es una de las grandes preocupaciones de los adultos mayores, es por ello que se hace indispensable tomar las medidas correspondientes a los tiempos que corren, es Chile un país de personas mayores y en el futuro inmediato personas mayores que vivirán en la pobreza, según todos los estudios que se han realizado en Chile, indican que se deben tomar medidas urgentes al respecto, sin embargo las medidas que entrega el Estado de Chile son todas asistencialistas, y no van al fondo del problema.

Las personas mayores, tienen mucho que entregar a la sociedad, como por ejemplo en el ámbito educacional, como los “jardines infantiles y los cuenta cuentos”, proyecto que se está realizando en la Comuna de Loncoche

En relación a las percepciones que tienen de la Calidad de Vida, de los adultos mayores de Providencia no es ni buena ni mala, solo “normal”. un 34% dice disfrutar de la vida de forma normal, en la encuesta realizada por la Universidad Católica y la Caja de Compensación Los Andes en el año 2015, en una de sus conclusiones dice que “ los adultos mayores perciben que cada vez tienen mejor calidad de vida”, a lo que a mi juicio, por el dialogo que se obtuvo con los participantes de esta investigación dicen que “su vida no es ni buena ni mala que está bien para la edad”, a mi parecer estas son respuestas, conformista y no ven futuro en donde las personas mayores puedan dar un significado a su vida, y eso es responsabilidad del Estado y de su pueblo.

Al hacer un análisis de los resultados, es prioridad fortalecer los Establecimientos de Larga Estadía, y de Día, sabemos que el Estado a los Adultos Mayores los tiene en su política social, sin embargo todos estos derechos asistenciales, que no promueven un envejecimiento saludable; para ello se hace indispensable promover la educación como elemento positivo en la calidad de Vida de la Persona Mayor, promover la relación intergeneracional, barreras arquitectónicas, seguridad social pensiones dignas, como ya se ha mencionado anteriormente en el mundo los cambios son vertiginosos, por lo que este es un gran desafío para los Estados, y la juventud no dura toda la vida y nadie sabe cómo va a ser su vejez y por lo tanto los viejos son ahora el espejo de un futuro que está en nuestras manos reconstruir y poder tener una mejor Calidad de Vida.

## ANEXOS

### *Cuestionario Inicial de conversación*

Variables	Definición Nominal	Definición Operacional
<b>1.-Escolaridad de educación Nacional.</b>	<b>Nivel educacional alcanzado en el sistema .</b>	<b>1.- Ed.Primaria Completa</b>  <b>2.- Ed.Primaria Incompleta</b>  <b>3.-Ed.Secundaria Completa</b>  <b>4.-Ed.Secundaria Incompleta</b>  <b>5.-Estudios Universitarios</b> <b>6.-Estudios Universitarios Incompletos</b>  <b>7.-Estudios Técnicos</b>  <b>8.-Analfabeto</b>

<p><b>2.- Estado Civil</b></p>	<p>1.-Soltero  2.-Casado  3.-Divorciado  4.-Viudo  5.Convivente  6.-Separado de hecho</p>
<p><b>3- ¿Con que persona vive ud.?</b></p>	<p>1.-Pareja  2.-Hijos  3.- Nietos  4.- Solo</p>
<p><b>4.- ¿Le alcanza su pensión o sueldo para vivir?</b></p>	<p>Si-----  No.....</p>
<p><b>5.- ¿Actualmente usted tiene alguna enfermedad?</b></p>	<p>Si-----  No.....</p>
<p><b>6.-¿Se siente cansado(a)</b></p>	<p>Si-----  No.....</p>
<p><b>7.-Hace Deporte?</b></p>	<p>Si-----  No.....</p>
<p><b>8.- ¿Se siente solo(a)?</b></p>	<p>Si-----  No.....</p>
<p><b>9.- ¿va de visita?</b></p>	<p>Si-----  No.....</p>
<p><b>10.- ¿Va al cine?</b></p>	<p>Si-----  No.....</p>

11.- ¿Se junta con amigos(as)?	Si----- No.....
12.- ¿Sale de paseo?	Si----- No.....
13.- ¿Lo visitan sus hijos?	Si----- No.....
14.-¿Va de vacaciones?	Si----- No.....
15.-¿Lo visitan sus nietos?	Si----- No.....
16.-¿Lee libros?	Si----- No.....
17.-¿Lee Diarios?	Si----- No.....
18.-¿ Es pensionado?	Si----- No.....
19.-¿Trabaja?	Si----- No.....

**Si=0**

**No=1**

### Questionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_ Mujer ..... Hombre..... Otro.....

**DIAGNÓSTICO:**

Período de lactancia

Período Infanto-Juvenil

Período Adulto

\*(Subraya en qué periodo fue diagnosticado/a)

#### 1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mala	Poco mala	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

#### 2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

**3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor. (físico) le impide hacer lo que necesita?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**5. ¿Cuánto disfruta de la vida?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
------	---------	-----------	----------	----------------



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

**10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
------	---------	----------	----------	------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

**16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
------	------	-----------	---------------------	----------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

**26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

## Bibliografía

Aguilera, M.. (2005) . “*Las Nuevas Proyecciones de Población.*” Instituto Nacional de Estadísticas, 2005. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/22677/Maguilera.pdf>. (visto el 26 junio 2014)

Alex Comfort. (1990) González, A., & Rodríguez, L.. (2010) *Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica.* Geroinfo. Publicación de gerontología y geriatría, 2(2), 1-21.

Arauguren JL. Calidad de Vida, calidad de la muerte. *Quadem CPS* 2013;(14): 67-68.

Anzola Pérez, E; Galinsky, D; Morales, M.F.; Salas, A. y Sánchez M,(1994) La atención de los ancianos un desafío para los años 90, Publicación Científica N°546. Organización Panamericana de la Salud. Chile.

Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27, 43-55.

Birren, J.E.; Dieckmann. (2001) *Conceptos y contenidos de la calidad de vida.* Prensa académica. Pp 344 – 360. San Diego, California

BIZE, P. R.; VALLIER, C. (1998) *Una vida nueva: La Tercera Edad*, pág. 235 Ed. Verbo, Lisboa.

Bowling A.. (2009) *Growing Older Aging Well Being. Quality of Life in Old Age.* Ed McGraww-Hill, Inglaterra.

Bravo, J., Bertrannou, F. (2013) *“Evolución Demográfica y Pensiones en Chile”*. OIT Notas, Nº 4, junio 2006

Calman, K.C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. En N.K. Aaronson & Beckman (Eds.), *The Quality of life cancer patients* (pp.1-9). New York: Ravens Press.

Carretero M. Palacios J. y Marchesi A. (2016) *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid. Alianza Psicología.

CEPAL/CELADE. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL. (2010), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*. (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago de Chile.

Cornachione L., María A. (2012) *Psicología evolutiva de la vejez*. : Talleres gráficos de Germán Marcelo Ferrero, Córdoba

Cohen, I.R.. (2012) *Tending Adam's Garden: Evolving the cognitive Immune Self*, San Diego, California, Academic Press, 1-288

Davies H., Green D., et al. (2009) *Regulación Financiera Mundial*, editorial Paidós-Comunicación Madrid: España

Eamon O'Shea. (2013) *Calidad de Vida de los Adultos mayores Dependientes*. Ed. Universidad Nacional de Irlanda, Galway

Eisenberg DTA. (2011) "Una revisión evolutiva de la biología humana telómero: la hipótesis de telómeros ahorrativo y notas sobre posibles efectos paternas adaptativos". *Diario americano de la biología humana* 23 (2): 149-167. Doi:10.1002/ajhb.21127. PMID21319244.

Erikson E. (2008) *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós. España

Espinoza, Iris, Osorio, Paulina, Torrejón, María José, Lucas-Carrasco, Ramona, & Bunout, Daniel. (2011) *Validación del cuestionario de calidad de vida. (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Revista médica de Chile, 139(5), 579-586.* Recuperado en 12 de octubre de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000500003&lng=es&tng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003&lng=es&tng=es). 10.4067/S0034-98872011000500003

Ferrans C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing, 17*, 15 - 21.

Fuchs M. García de Cortázar C. et al ;(2011) *Asociación Española de Salud y de la Seguridad Social*, 1.<sup>a</sup> edición Ediciones Laborum, Molina de Segura, Murcia .España

González P, Díaz J, Rodríguez F, Bobes J. Modelos de calidad de vida. Monografías de psiquiatría 2010 pag.,5- 18-19

García – Riaño D, Ibáñez E. Calidad de Vida en enfermos psíquicos Rev. Psiquiatría Facultad .Med. Bama 2010; 19:148-141

Gómez-Vela, María y Sabeh, Eliana. (2011): *Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Impreso en Universidad de Salamanca.

González. A.; Rodríguez, L;. (2006) *Género, Vejez y Salud*, Acta Bioethica 2006; 12(2), págs: 193-197

Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships, 31*,215 - 220.

Havighurst, R. J. (2014) Gerontological Society of America. En G. L. Maddox. (ed.), *The Encyclopedia of Aging*. (pp. 251-252) New York: Springer Publishing Company.

Huenchuan, S.. (2010), “Envejecimiento y género: acercamiento a la situación de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales en el

tema”, en Envejecimiento, género y políticas públicas, Coloquio regional de expertos, NIEVE-UNFPA, Montevideo, Lucida Ediciones.

Havighurst R. y R Albrecht. (1953) *Teoría de la actividad*, y Lemon, Bengston y Peterson. (1972) *Revista Universidad Ambato Ecuador*

Hernández Z.. (1997) *Variables condicionantes en la calidad de vida de personas de tercera edad*. *Revista de Psicología Iberoamericana* 1997; 2: 23-32.

Hornquist J.O. (1982) The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 10, 57-61 pp

Huenchuan, S. (2010) *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Libros de la CEPAL N° 100. (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, CEPAL

Fuente: S. Huenchuan, *Adultos mayores, diversidad y políticas públicas*, publicación conjunta del Fondo para el Estudio de las Políticas Públicas de la Universidad de Chile e Instituto de Normalización Previsional, Santiago de Chile, 2015.

Instituto Nacional de Estadísticas, INE. (2010): “*Clasificación Socioeconómica de Hogares de Chile*”. *Enfoques Estadísticos*, Mayo de 2013.

*Censo 2002* Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago de Chile

IPS, Gobierno de Chile documentos <http://www.ips.gob.cl/> extraído el 15 de julio 2014

Krzemien D.. (2009) *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*, Ed. Universidad del Mar del Plata p 3. Argentina

Kray J, Lindenberger U. *Adult age and differences in task switching*. *Psychology and Aging* 2000; 15:126-147.

Lammoglia,E. (2007) *Ancianidad viaje sin retorno*. Editorial Grijalbo. México

Lawton, M.P. (1999) *El impacto del ambiente sobre envejecimiento y conducta*. En



J.E.Birken;W.K. Schaie, J.Botwinick; S. Chown y C.Eisdorfer . *Manual de psicología del envejecimiento*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Levinson,D. (1986)A conception of adult development. *American Psychologist*. Vol. 41, No. 1. (3-13)

Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A.. (2002) An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, visto 27 de julio,2014 pág. 511-523

León D., Rojas, M., Campos, F. (2011) Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. *Revista Médica* n°13 México ed.Guadal

Lerner, R.M.. (2002) Concepts and theories of human development. Mahwah, NJ: Erlbaum Volumen 19 pp 601 - 619

Levy, L. y Anderson, L.. (2014) La tensión psicosocial. Población, ambiente, y calidad de Vida. México: Manual Moderno.

Lucas-Carrasco R, Laidlaw K, Power MJ. (2011) *Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. Ageing and Mental Health..* (in press) *Revista Médica Chile*; 139: 579-586

Melero Marco,J.; Buz Delgado,J. (2002) "*Modificación de los estereotipos sobre mayores: análisis del cambio de actitudes*. Ed. IMSERSO Madrid,

Martín E.,. (2004) *La prevención comunitaria*, revista sobre igualdad y calidad de vida n° 7. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.p.7. España

Martin, A., & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation and the Health Professions*, 21, 141-156.

Moragas, R. ;(1999): *Gerontología social, Envejecimiento y calidad de vida*. Ed. Herder, Barcelona, pág 21.

Morle KMF.. (2014) Patient satisfaction: care of the elderly. J Adv Nurs cap; 33 pág. 344-57

Motlis, Jaime.. (1998) *La vejez y sus múltiples caras*. Ed. Aurora. 2ª ed. España.

Monchietti, Alicia, Krzemien, Deisy y Lombardo, Enrique (2014). *El Pensamiento en la vejez: Piaget y su Herencia. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Moragas Moragas, R. (1991) *Gerontología social: Envejecimiento y Calidad de Vida* . Ed. Herder. Barcelona. España

Moyano Díaz, E.; Ramos Alvarado N. (2010) *Bienestar Subjetivo* midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum* [online]. 2007, vol.22, n.2, pp. 177-193. ISSN 0718-2376. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>.

Naciones Unidas (2002) *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Publicación de las Naciones Unidas, New York

Nieto, J., Abad, M.y Torres, A., (2011). *Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de la enfermedad y la calidad de vida en la población geriátrica*. *Anales de Psicología*, vol 4, pp. 75-81 AMERO. Madrid

Noerholm V, Groenvold M, Watt T, Bjorner JB, Rasmussen NA, Bech P. (2004) *Quality of life in the Danish general population-normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models*. *Qual Life Res* 13: 531-40

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2015) "Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud". Ginebra, Suiza

Oppong J.R., Ironside R.G., & Kennedy L.W. (1987) *Perceived Quality of Life in a Centre: Periphery Framework*. Edmonton Area Series Report No. 52. Department of Sociology, University of Alberta, Edmonton, Alberta. USA.

Papalia, D. (2013) *Psicología del desarrollo*. McGraw- Hill/Interamericana. México

Peck, R.C. (1959) Psychological developments in the second half of life. En E.E. Anderson. (Ed.), *Psychological aspects of aging*. (pp. 42-53) Washington, DC: American

Psychological Association. (1968) Psychological developments in the second half of life. En B.L. Neugarten. (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press

Providencia Activa. (2013) *DIDECO*, Adulto mayor. Ediciones Providencia

Rev. Médica. Chile v (2015)ol.139 no.5 Santiago mayo 2015

Revista de Psicología, N° 5, 2017. ISSN: 0214-9877. pp: 67-86 International Journal of Developmental and Educational Psychology, N° 2, 2017. ISSN: 0214-9877. pp: 67-86  
Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos 76 6.REVISTA INFAD 67-86 22/11/17 08:52 Página 76

Rubio, S., Eduardo. (2010) *Teorías del Envejecimiento*. Editor, Felipe Martínez Arronte, Academia 2, Tópicos de Gerontología, 3º Edición

SENAMA. (2014) Ministerio de Salud control de enfermedades departamento de ciclo vital, programa nacional, visto septiembre 2014  
<http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf>

Schaie, K. W. & Willis, S.. (2003) *Psicología de la edad adulta y la vejez*. 5ª ed. Madrid: Pearson Prentice Hall

Thomae H.. (1982) *New Perspectives on Old Age*. Publishing Co. Nueva York

Vega, J.; Bueno, B.;. (1996) *Pensando en el futuro: curso de preparación para la jubilación* Ed. Síntesis. España.

Tuesca Molina, R.(2012).La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21.

Vellas, P.. (2006), “Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una mirada más positiva”, *Revista de Salud Pública*, México.

Velandia, A. (1994) *Investigación en salud y calidad de vida*. 1° Edición Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; p 300.

VILLAR, F., Triadó, C., Resano, C. S., & Osuna, M. J.. (2003) Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*,. (13)3, 152-162.

WADENSTEN, B.. (2005) Introducing older people to the theory of gerotranscendence. *Journal of Advanced Nursing*,. (52)4, 381-388.