Rev Med Chile 2016; 144: 1287-1296

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

OSKARINA PALMA-CANDIA[1,a], CÉSAR HUESO-MONTORO[2,b], AZUCENA ORTEGA-VALDIVIESO[3,c], RAFAEL MONTOYA-JUÁREZ[4,d], FRANCISCO CRUZ-QUINTANA[5,e]

Wellbeing of Chilean older adults is associated with group participation

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

(Rev Med Chile 2016; 144: 1287-1296)

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

[1]Departamento de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.
[2]Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada (España).
[3]Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada (España).
[4]Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada (España).
[5]Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada (España).
[a]Terapeuta Ocupacional, Magister de Gestión en Salud, doctorando Fac. de Cs. de la salud U. de Granada.
[b]Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Doctor en Enfermería y Cultura de los Cuidados.
[c]Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Documentación. Doctora en Documentación Científica.
[d]Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Doctor en Gerontología Social.
[e]Psicólogo. Doctor en Psicología.

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

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

El envejecimiento genera gran interés debido al aumento de personas mayores a nivel mundial y específicamente en países en desarrollo[1]. La investigación gerontológica enfatizada aspectos relacionados con pérdidas y debilidades en el funcionamiento biológico, psicológico y social. Sin embargo, investigaciones actuales muestran que la felicidad y el bienestar psicológico son fundamentales en la salud del adulto mayor[2].

En Chile, según la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2011[3], la región de Magallanes, obtuvo la mayor tasa de adultos mayores en relación a la población total. En 2013, había 25.087, un 16,7% de la población regional[4].

Según Urzúa[5], los estudios del adulto mayor, en Chile, se han orientado principalmente a calidad de vida y descripción de factores vinculados[6] abordando temáticas como influencia de la vivienda[7], análisis de percepciones, creencias, evaluaciones en semivalentes[8] y comportamiento psicométrico de escalas en población específica[9]. Los resultados han aportado al desarrollo de programas y políticas públicas[10].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) favorece el desarrollo de políticas sociales y estilos de vida que promuevan un envejecimiento sano, saludable y activo[11]. Sin embargo, un envejecimiento exitoso depende de múltiples factores, constituyendo la evaluación que realiza la persona del proceso de envejecimiento en relación a sus expectativas, una variable fundamental en la percepción del bienestar[12,13].

Investigaciones sobre el bienestar psicológico se orientan al desarrollo de capacidades y crecimiento personal, como indicadores del funcionamiento positivo[14]. El bienestar supone una medida personal de calidad de vida, existiendo instrumentos para su evaluación, como la Escala de Evaluación del Bienestar psicológico de Ryff[15]. También se plantea que la satisfacción general, felicidad y crecimiento personal no se producen al margen de las condiciones sociales de las personas[16]. Ambas tienen relación con el bienestar y la salud física y mental[17].

En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)[18], impulsa la participación en organizaciones como herramienta de promoción de salud y calidad de vida[19]. Desde la perspectiva de Terapia Ocupacional, una buena gestión y uso del tiempo libre[20,21] así como la promoción y compromiso en ocupaciones significativas son estrategias que proporcionan salud y favorecen el bienestar personal[22].

Estudios realizados internacionalmente muestran en Reino Unido y Estados Unidos de Norteamérica una relación en forma de U para variables edad y bienestar, es decir a mayor edad mayor bienestar, mientras que en Antigua Unión Soviética, Europa Oriental y Latinoamérica la relación sería inversa[23]. Hay estudios que reportan medidas más bajas en percepción de bienestar en mujeres mayores que en hombres[24] y otros donde esas diferencias no son significativas[25]. Otros relacionan bienestar con conservar buena relación de pareja[26]. En cuanto a participación en organizaciones donde se desarrollan actividades significativas, existen estudios que otorgan un rol importante en la percepción de bienestar a participar en actividades físicas[27] y/o sociales[28] y otros a participar en organizaciones comunitarias y de servicio a terceros[19,29]. Las actividades sociales mejoran el bienestar en la vejez, tanto las relacionadas con la familia, como con amistades, y estas últimas pueden amortiguar los efectos negativos del envejecimiento[30]. Algunos autores plantean que los mayores realizan menos actividades sociales, tienden a tener una red social más pequeña, mayor riesgo de aislamiento social, soledad y reducidas posibilidades de estar más activo, física y mentalmente. Las redes sociales pueden ofrecer apoyo instrumental y emocional[31], favoreciendo la salud y el bienestar.

En Latinoamérica estudios con mayores encontraron que en Colombia ser mujer y tener mayores niveles de escolaridad se asoció a mayor satisfacción[32]. En México se encontró relación predictiva positiva entre participación en actividades sociales y escolaridad con bienestar, pero no con estado civil y edad[33]. En Chile estudios con Escala de Ryff encontraron mayor nivel de satisfacción en hombres y personas con pareja[34], mientras en población española y dominicana, relación negativa entre edad y bienestar; positiva al estar con pareja y relación de mayor escolaridad con mayor satisfacción[35]. No se han encontrado estudios previos de similares características o relacionados, que vinculen bienestar con participación social en ocupaciones en mayores en la región de Magallanes, siendo esta región una de las más envejecidas de Chile y, por tanto, de interés para la evaluación de esta dimensión.

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

Sujetos y Métodos

Estudio descriptivo relacional transversal, en el que participaron 101 personas adultos mayores pertenecientes a la región de Magallanes, Chile. Los criterios de inclusión fueron tener más de 60 años, aceptar participar en el estudio y no tener deterioro cognitivo visible, es decir demostrar

coherencia en la conversación, comprensión de instrucciones y ser capaz de responder preguntas simples. Se empleó muestreo por conveniencia.

Instrumentos

Encuesta sociodemográfica, considerando edad, actividad laboral, escolaridad, estado civil, con quien vive, situación de salud, participación en organizaciones, incluyendo tipo, número en las que participa y si ejerce o no dirección de las mismas. Para la evaluación del bienestar se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989, adaptada por Van Dierendonck, 2004 y traducida al español por Díaz et al., 2006)[15]. Esta escala consta de 39 preguntas y mide seis dimensiones del bienestar psicológico (Tabla 1). Las repuestas se clasifican mediante una escala Likert de 6 puntos, desde 1 (completamente de acuerdo) a 6 (completamente en desacuerdo). El puntaje total oscila entre 39 y 234 puntos, a mayor puntuación mejor bienestar. Esta escala mostró buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre 0,83 (Autoaceptación) y 0,68 (crecimiento personal)[15].

En Chile existen estudios que han utilizado la Escala de Ryff, con distintos formatos; la versión en español de 39 ítems[36,37] en adolescentes y mayores[34] y otros que utilizaron la versión abreviada de 29 ítems[38,39] en distintos grupos de edad, considerando la clasificación de las respuestas de 1 a 5 o 6.

Procedimiento

Para acceder a la muestra, se contó con apoyo de la oficina regional del SENAMA. En sus organizaciones se solicitó permiso para asistir a reuniones, informándose del estudio e invitando a participar voluntariamente. Otro grupo de personas fueron contactadas directamente o a sugerencia de otros encuestados, de acuerdo a técnica de muestreo tipo "bola de nieve"[40,41]. Los interesados recibieron información escrita del estudio y firmaron el consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron en las organizaciones o bien en sus lugares de trabajo o domicilio, aplicando la encuesta sociodemográfica y la escala Ryff. Los datos fueron recogidos por la investigadora principal, con ayuda de tres encuestadores, quienes recibieron instrucciones precisas para la aplicación de los instrumentos.

Análisis estadísticos

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

El estudio respetó consideraciones éticas de acuerdo a normas internacionales. Los datos fueron tratados con máxima confidencialidad

Tabla 1. Dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff[15]

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

conforme a Ley Orgánica 19.628 de Protección de Datos, vigente en Chile. El proyecto fue aprobado por los Comités Éticos de Investigación de la Universidad de Granada (España) y la Universidad de Magallanes (Chile).

Resultados

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

La media de puntuación total de escala Ryff fue 193,70 puntos (D.t. = 19,996). Por dimensiones la puntuación media fue: auto aceptación 5,12 (D.t. = 0,650); relaciones positivas 4,50 (D.t. = 0,988); autonomía 4,87 (D.t. = 0,779); dominio del entorno 5,26 (D.t. = 0,622); crecimiento personal 4,70 (D.t. = 0,759); propósito de vida 5,40 (D.t. = 0,591).

Las Tablas 3 y 4 muestran resultados por dimensiones, comparados con variables sociodemográficas y de participación social. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en crecimiento personal en relación a escolaridad

Tabla 2. Datos sociodemográficos y de participación social

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

Tabla 3. Comparación escala de Bienestar Ryff con variables sociodemográficas

Variable	Auto-aceptación Media (D.t)	R. positivas Media (D.t)	Autonomía Media (D.t)	D. entorno Media (D.t)	C. personal Media (D.t)	P. vida Media (D.t)	Rytftot Media (D.t)
Sexo							
Hombre	5,06 (0,642)	4,54 (0,989)	4,98 (0,707)	5,27 (0,581)	4,68 (0,713)	5,39 (0,552)	194,33 (19,092)
Mujer	5,16 (0,658)	4,47 (0,995)	4,79 (0,825)	5,26 (0,655)	4,71 (0,797)	5,40 (0,623)	193,24 (20,794)
p	0,420	0,744	0,304	0,934	0,899	0,608	0,869
Estado civil							
Casado/a	5,13 (0,635)	4,56 (1,04)	4,88 (0,746)	5,29 (0,580)	4,65 (0,720)	5,35 (0,638)	193,68 (18,319)
Separado/a	5,00 (0,359)	5,25 (1,099)	5,22 (0,255)	5,20 (0,628)	5,53 (0,455)	5,54 (0,369)	206,50 (12,234)
Soltero/a	5,37 (0,706)	4,54 (0,995)	4,87 (1,007)	5,47 (0,559)	4,53 (0,469)	5,37 (0,556)	195,38 (22,37)
Viudo/a	5,07 (0,697)	4,30 (0,842)	4,81 (0,832)	5,17 (0,710)	4,72 (0,863)	5,48 (0,544)	191,79 (22,898)
p	0,627	0,283	0,829	0,814	0,170	0,758	0,493
Situación laboral							
Jubilado	5,08 (0,716)	4,77 (0,936)	5,11 (0,620)	5,18 (0,518)	4,74 (0,791)	5,34 (0,729)	196,43 (18,908)
Labores del Hogar	5,15 (0,634)	4,44 (1,018)	470 (0,843)	5,27 (0,670)	4,67 (0,766)	5,44 (0,554)	192,27 (21,232)
Activo	5,11 (0,642)	4,39 (0,975)	494 (0,749)	5,30 (0,633)	4,70 (0,750)	5,39 (0,546)	193,76 (19,381)
p	0,941	0,295	0,138	0,589	0,923	0,869	0,733
Escolaridad							
Hasta 6° básico	5,02 (0,712)	4,23 (1,069)	4,85 (0,831)	5,28 (0,676)	4,35 (0,692)	5,30 (0,691)	188,50 (19,292)
Entre 6° básico y técnico nivel inferior	5,19 (0,701)	4,56 (0,975)	4,88 (0,755)	5,27 (0,570)	4,73 (0,708)	5,42 (0,599)	194,91 (21,872)
EM y téc. nivel superior	4,95 (0,490)	4,84 (0,797)	4,70 (0,680)	5,16 (0,550)	4,68 (0,762)	5,33 (0,540)	192,15 (13,496)
Superior y post título	5,30 (0,512)	4,41 (1,091)	5,13 (0,888)	5,45 (0,578)	5,30 (0,729)	5,363 (0,399)	203 (21,564)
Sin escolarizar	5,44 (0,964)	4,40 (0,763)	4,83 (0,753)	4,77 (1,295)	4,71 (0,376)	5,33 (0,665)	192 (27,731)
p	0,258	0,279	0,480	0,632	0,011*	0,467	0,186

*Al aplicar la prueba de Mann-Whitney entre grupos, se observan diferencias significativas entre: "Superior y post título" y "Hasta 6° básico" (p = 0,001); "Superior y post título" y "Entre 6° básico y técnico nivel inferior" (p = 0,016); "Superior y post título" y "EM y téc. nivel superior" (p = 0,028).

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

Variable	Auto-aceptación Media (D.t)	R. positivas Media (D.t)	Autonomía Media (D.t)	D. entorno Media (D.t)	C. personal Media (D.t)	P. vida Media (D.t)	Rytftot Media (D.t)
Tipo de participación							
Actividades comunitarias	5,21 (0,525)	4,93 (0,901)	5,04 (0,695)	5,44 (0,464)	4,74 (0,720)	5,46 (0,564)	199,84 (18,836)
Grupos de baile, arte o deportes	5,09 (0,611)	4,87 (0,998)	4,86 (0,634)	5,19 (0,801)	5,09 (0,612)	5,52 (0,498)	198,63 (21,41)
Grupos sociales	5,12 (0,671)	4,26 (0,984)	4,79 (0,839)	5,31 (0,612)	4,75 (0,793)	5,41 (0,553)	192,33 (20,480)
No participa	5,07 (0,769)	4,34 (0,910)	4,92 (0,836)	5,04 (0,584)	4,22 (0,620)	5,22 (0,757)	187,10 (17,450)
p	0,963	0,030*	0,725	0,208	0,009†	0,579	0,132
Dirige organizaciones							
Dirigente	5,36 (0,440)	4,78 (1,054)	5,08 (0,790)	5,37 (0,526)	5,22 (0,882)	5,63 (0,314)	204,18 (19,828)
No dirigente	5,09 (0,667)	4,46 (0,980)	4,85 (0,778)	5,25 (0,634)	4,63 (0,723)	5,37 (0,611)	192,42 (19,745)
p	0,264	0,273	0,391	0,613	0,011‡	0,229	0,071
Pertenencia a la ciudad							
Originarios	5,17 (0,670)	4,51 (0,999)	4,85 (0,786)	5,21 (0,610)	4,74 (0,737)	5,34 (0,619)	193,56 (18,223)
Asentados en la ciudad	5,08 (0,637)	4,49 (0,988)	4,89 (0,779)	5,30 (0,633)	4,66 (0,781)	5,44 (0,568)	193,82 (21,478)
p	0,455	0,932	0,712	0,377	0,405	0,401	0,926
Con quien vive							
1 o más familiares	4,92 (0,615)	4,20 (0,769)	4,31 (0,806)	5,12 (0,570)	4,52 (0,587)	5,34 (0,487)	183,76 (17,279)
Cónyuge y otros familiares	4,90 (0,732)	4,86 (0,922)	4,85 (0,643)	5,28 (0,629)	4,72 (0,718)	5,24 (0,693)	193,65 (19,688)
Pareja	5,32 (0,483)	4,37 (1,070)	4,97 (0,772)	5,36 (0,561)	4,69 (0,794)	5,47 (0,586)	195,92 (17,084)
Solo/a	5,17 (0,752)	4,57 (0,997)	5,13 (0,732)	5,18 (0,746)	4,83 (0,864)	5,48 (0,559)	197,43 (24,951)
p	0,056	0,142	0,015**	0,589	0,589	0,311	0,109
Presencia enfermedad							
Con enfermedad	5,16 (0,631)	4,53 (0,997)	4,87 (0,743)	5,25 (0,623)	4,67 (0,772)	5,47 (0,522)	194,29 (19,358)
Sin Enfermedad	5,02 (0,699)	4,41 (0,977)	4,87 (0,880)	5,29 (0,629)	4,76 (0,733)	5,22 (0,722)	192,18 (21,870)
p	0,439	0,518	0,820	0,774	0,879	0,107	0,710

*Al aplicar la prueba de Mann-Whitney entre grupos, se observan diferencias significativas entre: "Actividades comunitarias" y "Grupos sociales" ($p = 0,019$); "Actividades comunitarias" y "No participa" ($p = 0,041$); "Grupos de Baile, Arte o Deportes" y "Grupos sociales" ($p = 0,040$). †Al aplicar la prueba de Mann-Whitney entre grupos, se observan diferencias significativas entre: "No participa" y "Actividades comunitarias" ($p = 0,028$); "No participa" y "Grupos de Baile, Arte o Deportes" ($p < 0,001$); "No participa" y "Grupos sociales" ($p = 0,022$). ‡Significativo al 0,05. **Al aplicar la prueba de Mann-Whitney entre grupos, se observan diferencias significativas entre: "1 o más familiares" y "Cónyuge y otros familiares" ($p = 0,039$); "1 o más familiares" y "Pareja" (0,009); "1 o más familiares" y "Solo" ($p = 0,003$)

Tabla 5. Análisis de correlación

Variable	Autoaceptación	R. positivas	Autonomía	D. entorno	C. personal	P. vida	Ryfftot
Edad							
C. de correlación	0,006	-0,155	-0,008	0,010	-0,202*	0,023	-0,103
Sig. (bilateral)	0,955	0,123	0,938	0,919	0,042	0,820	0,307
n	101	101	101	101	101	101	101
N° organizaciones							
C. de correlación	0,146	0,192	0,009	0,292**	0,389**	0,324**	0,307**
Sig. (bilateral)	0,145	0,055	0,928	0,003	0,000	0,001	0,002
n	101	101	101	101	101	101	101

*Significativo al 0,05. **Significativo al 0,001.

(p = 0,011). Estas diferencias se observan entre el grupo de estudios superiores y el resto de grupos con algún nivel de estudio, apreciándose la tendencia a mayor nivel de educación mayor puntaje en la escala. En cuanto al tipo de participación social, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones relaciones positivas (p = 0,030) y crecimiento personal (p = 0,009). Las diferencias entre grupos se muestran en la Tabla 4, presentando mayores puntuaciones quienes participan versus los que no participan en actividades comunitarias o sociales. Dirigir o no organizaciones se relaciona significativamente con la dimensión crecimiento personal (p = 0,011), presentando puntajes más altos quienes son dirigentes comunitarios; mientras que en la dimensión autonomía se obtiene diferencias significativas en función de con quien vive (p = 0,015), observándose que las diferencias se establecen entre los sujetos que viven con 1 o más familiares respecto al resto de grupos, destacando así los puntajes más altos de la escala en quienes viven solos.

Los resultados del análisis de correlación muestran asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión crecimiento personal y edad, siendo esta inversamente proporcional, pero con un valor de coeficiente bajo (R = -0,2012; p = 0,042). También se halló asociación significativa entre número de organizaciones con dominio del entorno (R = 0,292; p = 0,003), crecimiento personal (R = 0,389; p < 0,001) y propósito en la vida (R = 0,324; p = 0,001); en todos los casos se muestra una asociación directamente proporcional pero también con coeficientes bajos. Para puntuación total de la escala, se encuentra asociación estadísticamente significativa en función del número de organizaciones, siendo directamente proporcional pero, con valores bajos en el coeficiente de correlación (R = 0,307; p = 0,002) (Tabla 5).

Discusión

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

En primer lugar respecto a la Escala de Ryff, señalar que los distintos estudios realizados en Chile muestran resultados variados. Algunos autores señalan que los resultados obtenidos muestran menor precisión[38] y difieren de resultados obtenidos en población española[42], donde si se considera su uso apropiado para este grupo de edad. Otros autores señalan que las dimensiones dominio del entorno y crecimiento personal presentan valores muy inferiores para ser incluso considerados, de hecho en el estudio de Vivaldi et al, el bienestar psicológico global no contempla el dominio del entorno y no aparece en el ajuste del modelo realizado[34]. En nuestro estudio se ha usado la adaptación española que también ha sido aplicada en Chile[36].

Por otra parte, mientras algunos estudios aso-

cian mayor grado de bienestar a mayor o menor edad[23], sexo masculino[24] o estar casado[26,35]; en nuestro estudio estas variables no aparecen asociadas, cuando consideramos los puntajes totales de la escala, sin embargo, la categoría crecimiento personal sí muestra asociación con la edad, observándose la tendencia de que a mayor edad la percepción en cuanto a crecimiento personal disminuye. Conviene señalar que, aunque gran parte de la población refiere tener una o más enfermedades, su percepción de bienestar es favorable. En estos términos, Martin et al.[13] destacan la relevancia que la percepción psicológica tiene en el concepto de envejecimiento exitoso. Cabe destacar que el mayor porcentaje de la población estudiada participaba en organizaciones.

En los resultados encontrados, se repite una tendencia descrita en otras investigaciones que asocian mayor grado de escolaridad con mayor nivel de bienestar[33,35], reflejado en la dimensión crecimiento personal. Este dato estaría indicando que las personas con más estudios logran mejor percepción de bienestar personal, siendo coherente con la descripción que hace Ryff de crecimiento personal asociado a la idea de evolución y aprendizaje positivo[15]. Algunos estudios[43] plantean que quienes viven solos presentan mayor libertad para elegir qué hacer y tomar sus propias decisiones[44] y que vivir solo a esas edades no se encuentra necesariamente asociado a depresión o bajo nivel de bienestar[45]. Según CASEN de 2011, la región que presentó mayor índice de adultos mayores viviendo solos fue la región de Magallanes[3]. En nuestro estudio los sujetos que viven solos presentan mayores puntajes en dimensión autonomía.

Coincidiendo con estudios previos[46,47], uno de los resultados más relevantes es la influencia de la participación en organizaciones en el bienestar de los mayores. De forma específica, resultan sensibles las dimensiones relaciones positivas, propósito en la vida y crecimiento personal. Participar en organizaciones podría entenderse una ocupación que favorece la socialización[30], el sentido y desarrollo personal en los mayores. El número de organizaciones en que se participa también se asocia al crecimiento personal, dominio del entorno y propósito en la vida. Nuestros resultados sugieren que un funcionamiento activo de los adultos mayores en organizaciones se asocia, al menos en la muestra estudiada, al esfuerzo en desarrollar las potencialidades con objetivo de crecer y seguir aprendiendo; poner en marcha habilidades para elegir y crear entornos favorables; participar activamente e influir en el contexto que les rodea y marcarse metas que les permitan dar sentido y control a su vida.

También destaca la participación en actividades comunitarias, siendo relevante para los mayores ser parte de un colectivo que proporcione sentido de pertenencia, estar involucrado en ocupaciones significativas que mantienen su motivación, crecimiento personal, dan sentido a su vida[19,22,47] y permiten retomar relaciones sociales[30,48].

Estos resultados son concordantes con estudios previos sobre calidad de vida realizados en Chile, donde la participación social es el dominio mejor evaluado, resaltando la satisfacción con el uso del tiempo, nivel de actividad y participar en la comunidad[6]. También, las personas de la muestra que dirigen organizaciones presentan mejor percepción de bienestar observándose una asociación entre liderazgo y crecimiento personal. Aquellos sujetos que dirigen organizaciones afirman sentirse mejor significativamente con respecto a los que no dirigen. En nuestro estudio la proporción de hombres que dirigen es mayor que la de mujeres, lo que sugiere, el desarrollo de políticas que permitan activar la participación de las mujeres en roles directivos como medida de fomentar su bienestar y crecimiento personal.

No se encontraron diferencias significativas entre bienestar y sexo, lo que difiere de estudios previos[24,34].

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

En conclusión, la mayoría de personas mayores estudiadas participa en organizaciones y su percepción de bienestar resulta positiva aun considerando que una alta proporción presenta situaciones de enfermedad. Mayor nivel de estudios, vivir solos, participar en ocupaciones significativas en grupos u organizaciones y ejercer

tareas de dirección aumentan el grado de bienestar y contribuyen al crecimiento personal.

Referencias

1. Palloni A, Peláez M, Wong R. Introduction Aging Among Latin American and Caribbean Populations. J Aging Health 2006; 18 (2): 149-56.
2. Ramírez E, Ortega AR, Chamorro A, Colmenero JA. A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. Aging Ment Health 2014; 18 (4): 463-70.
3. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile [Internet]. CASEN 2011 Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. [Consultado: noviembre de 2015]. Disponible: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmid=3338&prmtipo=SOBRETABLA.
4. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile [Internet]. CASEN 2013. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: adultos mayores, síntesis de resultados. [Consultado: noviembre de 2015]. Disponible: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf.
5. Urzúa A, Navarrete M. Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. Rev Med Chile 2013; 141 (1): 28-33.
6. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev Med Chile 2011; 139 (8): 1006-14.
7. Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci M. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-33.
8. Osorio P, Torrejón MJ, Meersohn C, Anigstein MS. Comprensión de la Calidad de Vida en personas semivalentes en Chile. Salud & Sociedad 2011; 2 (2): 203-17.
9. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQoL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile 2011; 139: 579-86.
10. SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor) [Internet]. Las Personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez 2009. [Consultado: noviembre de 2015]. Disponible: http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf
11. Envejecimiento de la población [Internet] OMS: [consultado: noviembre de 2015]. Disponible:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=353&Itemid=40941&lang=es
12. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. Cien Saude Colet 2015; 20 (5): 1474-94.
13. Martin P, Kelly N, Kahana B, Kahana E, Willcox BJ, Willcox DC, et al. Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? Gerontologist 2015; 55 (1): 14-25.
14. Páez D. Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental [Internet]. San Sebastián: Universidad del País Vasco, 2008. [Consultado: noviembre de 2015]. Disponible: http://www.ehu.eus/documents/1463215/1492921/Salud+2008+Ficha+-Tecnica+I++Bienestar+y+Valoraci%C3%B3n+Psico-Social+de+la+Salud+Mental
15. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Psicothema 2006; 18: 572-7.
16. Blanco A, Díaz D. El bienestar social: su concepto y medición. Psicothema 2005; 17 (4): 582-9.
17. Cabañero MJ, Richard M, Cabrero J, Orts MI, Reig A, Tosal B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. Psicothema 2004; 16: 448-55.
18. SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor) [Internet]. Guía de Programas y Beneficios Sociales de SENAMA 2015-2016. [Consultado: noviembre de 2015]. Disponible: http://www.senama.cl/Programas.html#
19. Hammell KRW. Belonging, occupation, and human well-being: An exploration. Can J Occup Ther 2014; 81 (1): 39-50.
20. Chilvers R, Corr S, Singlehurst H. Investigation into the occupational lives of healthy older people through their use of time. Aust Occup Ther J 2010; 57 (1): 24-33.
21. Liddle J, Gustafsson L, Bartlett H, McKenna K. Time use, role participation and life satisfaction of older people: Impact of driving status. Aust Occup Ther J 2012; 59 (5): 384-92.
22. Wilcock AA. Occupational science: bridging occupation and health. Can J Occup Ther 2005; 72 (1): 5-12.
23. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. Lancet 2015; 385 (9968): 640-8.
24. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2001; 56 (4): P195-213.
25. Carmel S. Gender differences and the will-to-live in old age. Przeglą lekarski 2012; 69 (2): 49-53.
26. Margelisch K, Schneewind KA, Violette J, Perrig-Chiello P. Marital stability, satisfaction and well-being in old

age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. Aging Ment Health 2015 doi: 10.1080/13607863.2015.1102197
27. de Souto Barreto P. Direct and indirect relationships between physical activity and happiness levels among older adults: a cross-sectional study. Aging Ment Health 2014; 18 (7): 861-8.
28. Nielsen G, Wikman JM, Jensen CJ, Schmidt JF, Gliemann L, Andersen TR. Health promotion: The impact of beliefs of health benefits, social relations and enjoyment on exercise continuation. Scand J Med Sci Sports 2014; 24: 66-75.
29. Rioseco HR, Quezada VM, Ducci VME, Torres HM. Changes in the social networks of older adults who are beneficiaries of public housing projects in Chile. Rev Panam Salud Pública 2008; 23 (3): 147-53.
30. Huxhold O, Miche M, Schuz B. Benefits of Having Friends in Older Ages: Differential Effects of Informal Social Activities on Well-Being in Middle-Aged and Older Adults. J Gerontol B J Environ Psychol Sci Soc Sci 2014; 69 (3): 366-75.
31. Van den Berg P, Kemperman A, de Kleijn B, Borgers A. Locations that Support Social Activity Participation of the Aging Population. Int Res Public Health 2015; 12 (9): 10432-49. doi:10.3390/ijerph120910432.
32. Herrera EM, López AA, Pérez BC. Factors associated to life quality of older adults. Cartagena (Colombia). Revista Salud Uninorte 2012; 28 (2): 261-8.
33. Carmona-Valdés SE, Ribeiro-Ferreira M. Social activities and personal wellbeing in aging. Papeles Poblac 2010; 16 (65): 163-85.
34. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Terapia psicológica 2012; 30 (2): 23-9.
35. Miguel JMT, Germes AO, Pardo EN, Moral JCM, Sena CM. Comparison of psychological well-being among Dominican and Spanish elders. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44 (4): 180-5.
36. Véliz Burgos A. Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. Psicoperspectivas 2012; 11 (2): 143-63.
37. Cuadra Gallardo I, Moyano-Díaz E. Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. Univ Psychol Bogotá, Colombia 2012; 11 (3): 931-9.
38. Vera-Villarroel P, Urzúa A, Silva JR, Pavez P, Celis-Atenas K. Escala de Bienestar de Ryff: analisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. Psicologia: Reflexão e Crítica 2013: 26 (1): 106-12.
39. Chitgian-Urzúa V, Urzúa A, Vera-Villarroel P. Análisis preliminar de las Escalas de Bienestar Psicológico en población chilena. Revista Argentina de Clínica Psicológica 2013; 22 (1): 5-14.
40. Goodman LA. Snowball sampling. Annals of Mathematical Stadistics 1961; 32: 148-70.
41. Urzúa MA, Heredia BO, Caqueo-Urízar A. Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. Rev Med Chile 2016; 144: 563-70.
42. Miguel JMT, Moral JCM, Germes AO, Navarro E, Pascual GZ. Efectos de método en las escalas de Ryff: Un estudio en población de personas mayores. Psicológica: Revista de metodología y psicología experimental; 2010: 31 (2); 383-400.
43. Gustavson K, Lee CD. Alone and content: Frail seniors living in their own home compared to those who live with others. J Women Aging 2004; 16 (3-4): 3-18.
44. Streib GF, Folts WE, La Greca AJ. Autonomy, power, and decision-making in thirty-six retirement communities. Gerontologist 1985; 25 (4): 403-9.
45. Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. Qual Life Res 2011; 20 (1): 57-67.
46. Griffith J, Caron CD, Desrosiers J, Thibeault R. Defining spirituality and giving meaning to occupation: the perspective of community-dwelling older adults with autonomy loss. Can J Occup Ther 2007; 74 (2): 78-90.
47. Ichida Y, Hirai H, Kondo K, Kawachi I, Takeda T, Endo H. Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. Soc Sci Med 2013; 94: 83-90.
48. Ponce MSH, Rosas RPE, Lorca MBF. Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. Rev Saude Publica 2014; 48 (5): 739-49.