



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Ciencias Sociales  
Programa de Magíster en Psicología

**Bienestar, apoyo social, contar con pareja y sintomatología depresiva en adultos mayores  
de Concepción**

Tesis presentada para optar al grado académico de Magister en Psicología.

Álvaro Nicolás Concha Riffo

Concepción-Chile

2021

Profesor Guía: Dra. Carolina Isabel Inostroza Rovegno.

Depto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Concepción.

## Índice

<b>Índice.....</b>	<b>2</b>
<b>Agradecimientos.....</b>	<b>8</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>9</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>12</b>
<b>1. Marco Teórico .....</b>	<b>15</b>
1.1 Adultez Mayor .....	15
1.1.1 Cambios de la Adultez Mayor .....	17
1.1.2 Envejecimiento .....	18
1.2 Bienestar en la Adultez Mayor.....	20
1.3 Apoyo Social y Bienestar.....	24
1.4 Pareja y Bienestar.....	28
1.5 Sintomatología Depresiva y Bienestar .....	29
<b>2. Planteamiento del Problema .....</b>	<b>33</b>
2.1 Pregunta de Investigación .....	35
2.2 Objetivos .....	35
2.2.1 Objetivo General .....	35
2.2.2 Objetivos Específicos.....	35
2.3 Hipótesis.....	36
<b>3. Método.....</b>	<b>37</b>
3.1 Diseño .....	37
3.2 Participantes .....	37
3.3 Definición de Variables.....	38
3.4 Instrumentos .....	40

3.5 Procedimiento.....	42
3.6 Resguardos Éticos.....	43
3.7 Análisis de Datos.....	44
<b>4 Resultados.....</b>	<b>46</b>
4.1 Descripción de las Variables del Estudio.....	46
4.2 Diferencias de Media en Bienestar, Apoyo Social y Sintomatología Depresiva .....	49
4.2.1 Diferencias de Media en Bienestar, Apoyo Social y Sintomatología Depresiva por Sexo.....	49
4.2.2 Diferencias de Media en Bienestar, Apoyo Social Percibido y Sintomatología Depresiva en personas con Pareja y sin Pareja.....	41
4.3 Asociación entre Variables.....	51
4.4 Pruebas de Hipótesis.....	53
4.4.1 Análisis de Regresión Lineal Múltiple sobre el Bienestar.....	53
4.4.2 Análisis de Regresión Lineal Múltiple sobre el Bienestar con Moderación.....	55
4.4.3 Análisis de regresión Lineal Múltiple sobre Bienestar con Mediación.....	57
<b>Discusión.....</b>	<b>62</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>68</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>71</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>97</b>
1 Consentimientos Informados, Servicios de Salud Concepción y Talcahuano.....	97

2	Índice de Felicidad de Pemberton: Escala de Bienestar Personal.....	<b>105</b>
3	Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet.....	106
4	Patien Health Quiestionnaire 9.....	107
5	Histogramas de distribución de puntaje de variables.....	109
	a. Histograma Índice de Felicidad de Pemberton.....	109
6	Histograma Escala Multidimensional de Apoyo Social.....	110
7	Histograma Patient Health Questionnaire-9.....	1115
8	Distribución residuos estandarizados regresión múltiple.....	112
9	Correlación de Pearson.....	113



## Índice de Tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables del estudio.....	38
Tabla 2. Distribución síntomas depresivos diferenciada por sexo y puntaje de corte.....	38
Tabla 3. Diferencias de media de variables de estudio diferenciadas por sexo.....	40
Tabla 4. Diferencias de media de las variables centrales entre personas con pareja y sin pareja.....	41
Tabla 5. Análisis de Correlación Rho de Spearman de las variables de estudio y diferenciadas por sexo.....	42
Tabla 6. Coeficientes del modelo de regresión múltiple sobre la variable Bienestar.....	44
Tabla 7. Coeficientes del modelo sobre la variable Bienestar.....	45
Tabla 8. Efecto condicional de sintomatología depresiva sobre el bienestar en diferentes valores de apoyo social.....	47
Tabla 9. Modelo de regresión lineal entre la variable dependiente y la variable independiente.....	49
Tabla 10. Efecto de las variables Apoyo Social y Convivir con pareja en el Bienestar.....	50
Tabla 11. Efecto directo de la variable convivir con pareja sobre la variable Bienestar.....	50
Tabla 12. Efecto indirecto de la variable convivir con pareja sobre la variable Bienestar.....	50

## Índice de Figuras

Figura 1. Representación del efecto de moderación del Apoyo Social en la relación entre la Sintomatología depresiva y el Bienestar.....	46
Figura 2. Modelo teórico explicativo de regresión lineal múltiple con mediación.....	48

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



## Agradecimientos

A Dios, por abrirme esta oportunidad y sostener mis pasos a cada momento.

A mis padres, por su confianza, amor incondicional y creer en mi proceso.

A mi profesora Carolina, por su paciencia, guía y compromiso.

A la Universidad de Concepción, por esta oportunidad

A la Doctora Sandra Saldivia y al proyecto FONDECYT N°1171732: *“Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud”* por permitir el desarrollo de esta tesis de Magíster dentro de su proyecto de investigación.

A todos y todas, gracias.

## Resumen

**Introducción:** A nivel mundial se evidencia un aumento progresivo de la población sobre 60 años, lo que trae consigo diferentes desafíos sociales, económicos y de salud. Con la edad, el individuo se enfrenta a cambios multidimensionales y a nuevas exigencias ambientales; la correcta adaptación a tales cambios implicará un sano proceso de envejecimiento en el adulto mayor. En los últimos años, diversos esfuerzos se han levantado para comprender qué factores están asociados al bienestar en esta población. La presente investigación tiene por objetivo comprender las relaciones existentes entre bienestar, apoyo social, contar con y sintomatología depresiva de los adultos mayores de la provincia de Concepción.

**Método:** la muestra se constituyó de 538 adultos mayores, seleccionados aleatoriamente de 15 CESFAM de la provincia de Concepción. Esta muestra corresponde al proyecto FONDECYT N°1171732: *“Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud”* de la Universidad de Concepción. Para medir bienestar se utilizó el Índice de Felicidad de Pemberton (PHI-Pemberton Happiness Index), la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet (MSPSS) para apoyo social, y la Escala de Depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), para evaluar sintomatología depresiva.

Los datos se analizaron a través del software de análisis estadístico SPSS. Se realizaron análisis descriptivo de las variables, correlaciones bivariadas de Spearman; las pruebas de

hipótesis fueron realizadas mediante Análisis de Regresión Lineal Múltiple (LMR).

**Resultados:** Los adultos mayores de Concepción mostraron un puntaje promedio elevado ( $M=8,54$ ;  $DE = 1,34$ ) en bienestar. Respecto del sexo, no se evidenciaron diferencias en bienestar ( $t(536) = -1,065$ ,  $p = ,288 > 0,05$ ); las mujeres mostraron mayores niveles de apoyo social y sintomatología depresiva en comparación con hombres. Contar o no con pareja no reporta diferencias en bienestar ( $t(536) = - ,814$ ,  $p = ,416 > 0,05$ ) ni apoyo social ( $t(536) = -1,645$ ,  $p = 0,101 > 0,05$ ); las personas sin pareja mostraron mayores niveles de sintomatología depresiva. La presencia de apoyo social correlaciona con mayor bienestar ( $\rho = 0,339$ ;  $p = 0,001$ ) y con menores síntomas depresivos ( $\rho = -0,203$ ;  $p = 0,001$ ). Se observa que la presencia de sintomatología depresiva se asocia negativamente ( $\rho = -0,38$ ;  $p = 0,001$ ) con bienestar. Los análisis de regresión lineal muestran que el apoyo social ( $\beta = ,285$ ,  $p < ,001$ ) y la sintomatología depresiva ( $\beta = -,413$ ,  $p < ,001$ ) influyen en los niveles de bienestar de las personas mayores, sin influencia del sexo y el contar o no con pareja; y el apoyo social actúa como un factor moderador ( $\beta = 0,049$ ,  $p = 0,007$ ,  $IC = 0,021; 0,077$ ) en la relación entre sintomatología depresiva y bienestar de los adultos mayores.

**Conclusiones:** Los adultos mayores de la provincia de Concepción muestran elevado bienestar. Los hallazgos refuerzan la influencia del apoyo social y la sintomatología depresiva en el bienestar de los adultos mayores. El sexo, así como contar o no con pareja no tendrían relación con el bienestar de las personas mayores estudiadas. Es necesario generar mayor investigación que permita dilucidar cómo mantener y promocionar el

bienestaren una población que va en aumento.

**Palabras Clave:** Tercera edad, salud mental, bienestar, apoyo social, pareja, depresión.



## Introducción

Desde la segunda mitad del siglo XX se ha experimentado un aumento progresivo en las tasas de natalidad y en la esperanza de vida en todo el mundo. Proyecciones internacionales muestran que para el año 2050 el porcentaje de personas mayores de 60 años equivaldrá a casi un 18% del total de la población a nivel mundial. Este envejecimiento poblacional significa importantes desafíos y exigencias económicas, sociales y de salud (Ministerio de Salud, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2015).

El proceso de envejecer está influenciado por factores biológicos y socioculturales y debe ser entendido como natural en el ciclo de vida del individuo (Alvarado & Salazar, 2014; Machado et al. 2014; Raj & Kumar, 2019). Al mismo tiempo, se considera que la adultez mayor es un periodo vulnerable al declive de bienestar, calidad de vida y felicidad debido a la mayor probabilidad de aparición de enfermedades y de pérdidas a nivel físico, psicológico y cognitivo. Un adulto mayor en proceso saludable de envejecimiento es aquel que logra adaptarse al cambio y a los requerimientos de su entorno (Leiton, 2016; Mesa-Fernández et al. 2019). Por lo anterior, se han generado esfuerzos por mantener a esta población en buenas condiciones de salud, funcionamiento psicológico y físico, y con alta participación social en un entorno positivo (Martínez et al. 2015; Montero, Giménez, Cantero & Mora, 2015).

El Bienestar Psicológico, constructo propuesto por Ryff en 1986, es entendido como una valoración subjetiva que realiza una persona respecto de su vida y que trasciende el solo estado afectivo positivo, pues implica búsqueda y desarrollo de realización individual

(DeIValle et al. 2015; García-Alandete, 2014; Noriega et al. 2017).

Si bien, algunas investigaciones indican que a mayor edad se observan mejores niveles de bienestar, también se ha relacionado la adultez mayor con mayor dependencia, pérdida de roles y funciones sociales, aislamiento, deterioro y asistencia para realizar actividades diarias, lo cual influiría en la disminución del bienestar personal (Loredo et al. 2016; Orang et al. 2018; Palma et al. 2016).

Uno de los elementos más estudiados en la determinación de bienestar es el apoyo social. Contar con redes de apoyo que permitan al adulto mayor participar de actividades con contacto humano, expresar y recibir amor, aprecio y simpatía, sentir pertenencia con un grupo, mejora la percepción de bienestar; e incluso puede actuar como factor protector ante eventos estresantes o negativos (Cuadra et al. 2016; Schotanus-Dijkstra et al. 2016; Schwarzbach et al. 2014).

En la misma línea, contar con pareja o una relación estable se relacionaría positivamente con mayor bienestar y salud, siendo más evidente en relaciones más duraderas. Generalmente, mayor edad y ausencia de pareja serían predictores de deterioro en la calidad de vida de personas mayores. De esta manera, contar con una pareja se consideraría un factor protector de salud y apoyo en el adulto mayor (Acosta, 2019; Brown & Wright, 2017; López & Díaz, 2018; Margelisch et al. 2017; Quiroz et al. 2017; Stange et al. 2017; Tatangelo et al. 2017; Tatangelo et al. 2017; Vargas & Melguizo, 2017).

La literatura refiere diferencias de sexo en la determinación del bienestar. En el caso

de las mujeres, el bienestar estaría más influenciado por los vínculos y relaciones sociales y familiares. Al mismo tiempo, la asociación entre síntomas depresivos y menor bienestar parece ser mayor en mujeres que en hombres (Maldonado, 2015; Mayordomo et al. 2016; Meggiolaro & Ongaro, 2015; Palma et al. 2016).

Hasta el momento, los estudios sobre Bienestar en la adultez mayor tienen resultados poco concluyentes. Existen diferencias dependiendo de las variables incluidas y el país del estudio, por lo que es necesaria mayor investigación con grupos de variables psicosociales en nuestro contexto.

La presente tesis de magíster consiste en un estudio que evalúa la influencia del apoyo social, pareja, y sintomatología depresiva en el Bienestar de adultos mayores de la Provincia de Concepción.

Se realiza un diseño cuantitativo correlacional, utilizando datos secundarios del proyecto FONDECYT N°1171732: *“Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud”* de la Universidad de Concepción (IP=Sandra Saldivia).

## 1. Marco Teórico

### 1.1. Adultez Mayor

La definición de adulto mayor obedece a las características de cada cultura y sociedad, aunque generalmente se refiere a las personas sobre 65 años (Cardona, Giraldo & Maya, 2016). En la presente investigación ha sido considerado el criterio legal chileno en el que se establece la edad de 60 años para referirse a las personas adultas mayores (Ley N° 19.828, 2002).

Según informe de las Naciones Unidas (2018) el total de población adulta mayor en el mundo es de aproximadamente 778,4 millones de personas, correspondiente al 10,7% de la población mundial total, cuya proporción aumentaría a un 17,7% en el mundo para 2050. En 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina dos causales principales por las cuales las tasas de envejecimiento a nivel mundial aumentan: 1.-) *Sobrevida de la población mundial*: la población vive más tiempo, gracias al aumento de los ingresos monetarios en los últimos 50 años, mejoras en la salud pública, patrones de mortalidad y, 2.-) *Disminución de las tasas de fecundidad*: mejora en métodos anticonceptivos, normas de sexo y mayor probabilidad de sobrevivencia de los hijos.

En América Latina la sobrevida de la población mayor de 60 años es de 16,9 años para hombres y 20,9 años para mujeres. Sobre los ochenta años, se estima una sobrevida de 5,6 años para hombres y 6,9 años para mujeres, por lo que se sostiene que ha surgido un proceso de feminización de la población en envejecimiento (Oddone, 2014).

En Chile, la tasa de envejecimiento se encuentra en relación de 80,9 adultos mayores

porcada 100 niños, y la esperanza de vida se estima en 80 años. La tasa demográfica nacional ha aumentado gracias a la baja en la mortalidad infantil, aumento en la esperanza de vida y baja natalidad, así como un aumento en la edad promedio de la población desde 26,9 años a 35,8 años en los últimos 30 años. Debido a lo anterior se estima que Chile es un país en envejecimiento (Apablaza & Vega, 2018).

La cantidad de adultos mayores en Chile es de alrededor de 2,85 millones de personas, equivalente a un 16,2% de la población y para 2050 se espera que llegue a constituir un 24,1% de la población nacional. Nuestro país tiene la población más envejecida de América Latina, aunque se encuentra por debajo de los países OCDE (Apablaza & Vega, 2018).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la OMS (2015) un adulto mayor sano y funcional es aquel que ha logrado adaptarse a los cambios del entorno, integrados a los propios cambios individuales, satisfaciendo necesidades indispensables del día a día.

Adaptarse al proceso de envejecimiento permite que el adulto mayor logre mantenerse como un agente activo en un ambiente demandante y en constante cambio (Bejines et al. 2015; Cardona et al. 2016; Santana 2016). Mantener actividades y conductas habituales surge como medios de prevención, protección y adaptación ante exigencias del entorno. Afrontar dificultades, minimizar riesgos y mantener salud física y mental, implican mejor calidad y disfrute de vida, así como mayor integración social (Noriega et al. 2017; Santana, 2016).

Actualmente, junto con el aumento en la esperanza de vida, se busca mejorar la salud del individuo y mantener buenas condiciones de salud mental y física. La percepción de salud estará asociada con la calidad de vida en general, la cual se relaciona a objetivos, expectativas e intereses que el adulto mayor se plantee y que están ligados a experiencias subjetivas personales (Calero et al. 2016; Martínez et al. 2016).

### **1.1.1. Cambios de la Adulthood Mayor**

Desde el punto de vista de ciclo vital, la adultez mayor involucra una serie de cambios: *cambios físicos*: deterioro del sistema nervioso, los sistemas del organismo comienzan a deteriorarse y la densidad ósea disminuye lo que influye en el aumento de enfermedades respiratorias, digestivas, deterioro del sistema inmunológico y déficit sensoriales; *cambios psico-cognitivos*: mayor propensión a tristeza y depresión, atención, memoria y tiempo de reacción, entre otros lo que puede significar rechazo social y pérdida de autonomía; *cambios psicomotores*: la organización psicomotora comienza a deteriorarse y a perder facultades, por ejemplo, pérdida de tonicidad muscular y de postura que puede ocasionar desbalance; *cambios socio-afectivos*: actualmente el adulto mayor no goza de un estándar activo en la sociedad ni es apreciado como un elemento de aporte, generando que sea posicionado como un ente pasivo de la sociedad y sin actividad (Bernal & de la Fuente Anuncibay, 2017).

A pesar de las diversas pérdidas y déficits asociados a la adultez mayor, las funciones básicas del individuo pueden mantener grados normales de funcionamiento, las que también actúan como factor protector contra el avance de deterioros cognitivos y físicos

(Serdio, 2015).

### ***1.1.2. Envejecimiento***

El envejecimiento es un conjunto de cambios que suceden en el individuo debido al transcurso del tiempo. Los cambios son multidimensionales, resultado de una serie de interacciones genéticas, ambientales, de factores protectores y de riesgo. Este proceso implica una declinación en la calidad de vida del adulto mayor y conllevan deterioro funcional físico y mental. Envejecer es un proceso cargado de afectos y sentimientos, siendo una experiencia única y heterogénea, cuyo significado depende de cada cultura (Alvarado y Salazar, 2014; Machado et al. 2014; Raj & Kumar, 2019). Además de los cambios biológicos, envejecer implica transiciones de vida como la jubilación, traslado de viviendas y muerte de amigos o pareja, aparición de estados de salud de alto cuidado que solo se presentan en esta etapa de la vida (OMS, 2018).

Existe una diferencia conceptual entre envejecimiento y vejez; mientras que el primero es un concepto que alude a una evolución, a un proceso en el que puede haber vitalidad y expectativas positivas, el segundo concepto se entiende como una circunstancia irreversible, definitiva y carente de futuro (Bernal & de la Fuente Anuncibay, 2017).

El envejecimiento se entiende como un proceso que inicia y transcurre durante todo el ciclo vital de la persona, mientras que la vejez tendría mayor dificultad en su definición, pues que no existe consenso respecto de cuándo o en qué momento una persona es vieja. Si bien la adultez mayor ha sido definida en función de la edad cronológica, se sostiene que cada individuo atraviesa el proceso de envejecer a ritmo personal (Martínez et al.

2018).

Para un buen proceso de envejecimiento se sostiene que debe primar el cambio, aprovechar nuevas oportunidades, crecimiento personal y adaptación a la nueva realidad. Como proceso natural y normal que incluye cambios biopsicosociales, nuevas fortalezas y debilidades, oportunidades y desafíos, es necesario asegurar que el adulto mayor logre adaptarse de manera sana psicológicamente. Para esto la participación en comunidad puede favorecer la calidad de vida y bienestar (Leiton, 2016; Mesa-Fernández et al. 2019).

Con el pasar de los años la funcionalidad puede verse afectada debido a la reducción o pérdida de capacidad física y mental, lo que impediría al adulto mayor la posibilidad de desenvolverse de manera autónoma. Esta reducción de independencia es más profunda a mayor edad, siendo influenciada por factores demográficos específicos del individuo y la presencia de enfermedades físicas y mentales (Cortés et al. 2016). Este grupo tiende a consumir menos alimentos debido a pérdida de fuerza muscular, reducción de olfato y gusto, deterioros en el sistema digestivo y absorción de alimentos, y adopción de estilos de vida menos saludables. Sumado a lo anterior, la reducción de actividad física y mayor predisposición a enfermedades crónicas deterioran la salud del adulto mayor (Tarqui et al. 2014).

Los adultos mayores presentarían mayor vulnerabilidad a enfermedades crónicas, son más propensos a caídas debido a dificultades motrices, presentan aumento de alteraciones visuales y auditivas, y deterioro cognitivo, lo que se traduce en mayor dependencia. Tradicionalmente, se ha asociado la adultez mayor a enfermedades y pérdidas, lo que

implicaría que el individuo considere estas alteraciones como procesos normales de la edad, evitando expresar malestares o dificultades personales (Cervantes et al. 2015).

Considerar el curso vital personal es necesario para determinar que el envejecimiento pueda ser comprendido como saludable o patológico. Los estilos de vida poco saludables pueden vulnerar la salud del adulto mayor debido al desarrollo de enfermedades no transmisibles (como diabetes, obesidad, hipertensión) que podrían derivar en enfermedades cardiovasculares, sarcopenia, declinación en función renal o accidentes cerebrovasculares y demencias; todos los cuales están asociadas especialmente a la mortalidad en esta etapa del ciclo vital. (Aveleyra & García, 2015; Cerquera & Quintero, 2015; Ministerio de Salud, 2019; Salech, Jara & Michea, 2012).

## **1.2. Bienestar en la Adulthood Mayor**

Durante el siglo pasado, el modelo centrado en patologías estuvo ampliamente extendido en el estudio de la psicología y se explica por el modelo biomédico imperante.

Posteriormente, en la década de 1980 comienza a mostrar mayor fuerza el modelo salutogénico centrado en la promoción de la salud (Del Valle et al. 2015). De este modo, cobra mayor relevancia el estudio de la salud y el bienestar, entendiéndose que estos se componen de diversas dimensiones; dentro de esta última se encuentra la dimensión de bienestar, variable central de este estudio (Cortese & Canales, 2018).

Existen dos modelos de bienestar. El bienestar subjetivo hace referencia a valoraciones sobre la vida y los afectos que le acompañan –bienestar hedónico-, y bienestar se asocia a la búsqueda de sentido existencial y de logro –bienestar eudaimónico-. Considerando que

el proceso de envejecimiento implica múltiples pérdidas, y también surgen diversos procesos adaptativos, el bienestar hedónico sería insuficiente para explicar el bienestar en el adulto mayor (Noriega et al. 2017), planteándose su abordaje desde el bienestar.

El concepto de Bienestar trasciende el solo estado afectivo positivo, puesto que se relaciona a la búsqueda y realización individual en cuanto al desarrollo óptimo de cada persona (García-Alandete, 2014; Del Valle et al. 2015).

Según la teoría de Bienestar Psicológico propuesta por Ryff en 1986, existen seis dimensiones que lo componen: *autoaceptación*: las personas pueden sentirse bien consigo mismas y tienen afectos y pensamientos positivos; *relaciones positivas con los otros*: establecer relaciones significativas y positivas con los otros, lo cual es un elemento fundamental del Bienestar; *autonomía*: capacidad para sostener decisiones propias y que influye en la autodeterminación; *dominio del entorno*: controlar percibido del mundo en el que se desenvuelve la persona; *propósito de vida*: metas, expectativas y retos personales y, *crecimiento personal*: sensación personal de desarrollo a medida que se crece (Del Valle et al. 2015; Domínguez & Navarro, 2018).

El bienestar se ha asociado a mejor salud y calidad de vida general, pues implica buen funcionamiento psicológico, emociones positivas, capacidad funcional y satisfacción con la vida. Una persona que percibe mayor bienestar tenderá a ser más feliz, más productivo y eficiente, y mostrará mejores relaciones y comportamientos sociales (Lee & Howard, 2019).

Existirían emociones positivas que hacen referencia a experiencias subjetivas más o

menos positivas en la adultez mayor. Por ejemplo, satisfacción con eventos y experiencias vitales pasadas, felicidad en el presente y optimismo hacia el futuro, satisfacción, significado y propósito vital, crecimiento y aceptación personales, serían factores asociada Bienestar (Ho et al. 2014; Orang et al. 2018).

Psicológicamente, el adulto mayor se caracteriza por priorizar experiencias positivas y significativas y demostrar mayor capacidad de regulación emocional ante situaciones adversas. A mayor edad, en especial sobre los 65 años, se observan mejores niveles de bienestar que en grupos de menor edad; pudiendo llegar a ser este un periodo de crecimiento, prosperidad y calma psicológica (Ho et al. 2014; Orang et al. 2018).

En el análisis por dimensiones constitutivas de bienestar, algunas se mantienen relativamente estables a medida que aumenta la edad y otras muestran deterioro. Las dimensiones de relaciones positivas con los otros y autoaceptación se mantienen estables a través de la vida; dominio del entorno y autonomía se muestran más elevada en adultos y adultos mayores que en jóvenes, por último, propósito de vida y crecimiento personal tienden a disminuir con la edad (Mayordomo et al. 2016; Meggiolaro & Ongaro, 2015).

Se ha intentado delimitar cuáles son las variables asociadas a bienestar en esta etapa. El nivel socioeconómico influiría en la capacidad de las personas para acceder a servicios de salud y tratamientos de rehabilitación, así como a beneficios que permiten adoptar y mantener estilos de vida saludables y así evitar dependencia funcional (Paredes et al. 2018).

El nivel educativo está relacionado con el acceso a mejores recursos económicos, lo

que permitiría la posibilidad de acceder a mejores recursos en salud, promoviendo estilos de vida saludables y retrasando la aparición de enfermedades invalidantes. A su vez, el mantenerse saludable permite conservarse activos laboralmente, promoviendo independencia y acceso a recursos económicos (Jiménez et al. 2016).

El nivel educativo es, además, predictor del deterioro cognitivo en el adulto mayor, comportándose como factor protector. A nivel mundial, en aquellos países en donde el acceso a la educación es más bajo, puede observarse mayor presencia de enfermedades neurodegenerativas (Paredes et al. 2015).

Enfermedades que generen discapacidad o dependencia implican dificultades para desarrollar funciones básicas y, como consecuencia, reducción en calidad de vida y bienestar percibidos (Rodríguez et al. 2014). Actualmente, el bienestar es considerado como factor protector de la salud, pues se estima que realizar evaluaciones positivas de la vida predice menor mortalidad y morbilidad. No existe claridad sobre el impacto en el bienestar del anuncio de enfermedades o la conciencia de muerte, pues es necesario diseños longitudinales para comprender si los menores niveles de bienestar son previos a la enfermedad o provienen de ésta (Steptoe et al. 2015).

Las limitaciones funcionales son consideradas como algunas de las principales fuentes de estrés y de menor bienestar en esta etapa, ya que dificulta establecer vínculos e iniciar actividades sociales. Esto afecta la percepción personal de bienestar general, generando aislamiento social y pérdida de dominio propio; aumentando las probabilidades de padecer síntomas depresivos (Lee & Zhang, 2018).

El ejercicio físico disminuye riesgos de caídas y problemas físicos que surgen con el avance de la edad, el mantenerse activo físicamente fomentaría el establecimiento de relaciones sociales y bienestar (Rosales et al.2014). Las actividades de recreación para el adulto ayudan a mantener equilibrio emocional, psicológico y social, ya que fomentan estilos de vida activo durante más años, permaneciendo integrado en la sociedad, lo que permitiría el desarrollo de sensación personal de utilidad (Calero et al. 2016). Por lo tanto, adultos mayores que realicen actividad física regularmente muestran mejores índices de bienestar personal. A pesar de esto, aún se debe determinar si el efecto es el mismo con respecto a satisfacción con la vida, pues existe evidencia de adultos mayores satisfechos con su calidad de vida general incluso ante limitantes físicas (Lee & Howard, 2019).

Contar con metas u objetivos pareciera ser un factor que permite mantener y aumentar bienestar. El recomodar las expectativas a las propias capacidades y enfocarse en metas importantes para definirse personalmente, que tengan valor para el adulto, beneficiaría en la percepción que el sujeto realiza respecto de su propio bienestar, incluso frente a enfermedades físicas (Seegerstrom et al. 2016).

Otros factores relevantes para el bienestar el apoyo social y los síntomas depresivos, los cuales serán profundizados en los siguientes apartados.

### **1.3. Apoyo Social y Bienestar**

Se considera apoyo social al conjunto de familiares o personas no familiares que brindan diversas fuentes de soporte como emocional, compañía, económica, guía o consejo, ya sea de forma efectiva o potencial (Arias, 2015). Dos propuestas se han

levantado para evaluar Apoyo Social. Por un lado, se puede evaluar la cantidad de vínculos que ha establecido el individuo (cuantitativo-estructural) y, en segundo término, se puede evaluar según la evaluación perceptiva subjetiva que hace el individuo respecto a la calidad o adecuación del apoyo recibido (cualitativa-funcional) (Vivaldi & Barra, 2012).

A medida que la edad aumenta, las personas pueden utilizar diferentes recursos personales con tal de adaptarse a situaciones adversas de la vida. El apoyo social actúa como amortiguador ante eventos altamente estresantes como pérdidas de seres queridos o eventos negativos debido al deterioro físico. Este amortiguador incluiría a familiares y redes sociales que interactúan con el adulto mayor, lo cual estimula actividades sociales y compensan posibles incapacidades funcionales (Gilles et al. 2015).

Durante el proceso de vejez el apoyo social se percibe como una herramienta para mantener la participación de la persona en la sociedad (Lizcano et al. 2020). Además, entrega el cuidado, atención y comunicación necesarias para que las personas puedan mantener un nivel adecuado de seguridad y confianza en el medio que les rodea (Zapata et al. 2015).

En adultos mayores la percepción subjetiva de cercanía con redes familiares y de amistad tienen mayor importancia que el contacto físico, debido a que son la fuente principal de soporte emocional, compañía y contención emocional. A medida que avanza la edad las redes sociales pueden disminuir, por lo que la persona recurriría en mayor medida a su núcleo más cercano. Felicidad y satisfacción con la vida se asocian a mayor cercanía con la familia, mientras que contar con amigos cercanos se asocia a mayor

felicidad y autoestima, no así a satisfacción con la vida (Nguyen et al. 2016).

La evidencia existente sugiere que contar con personas a las que el adulto mayor pueda compartir sus problemas, expresar amor, aprecio, simpatía y sienta pertenencia con un grupo, puede mejorar la percepción de bienestar y, por lo tanto, la calidad de vida en general (Cuadra et al. 2016; García & Angulo, 2016; Schotanus-Dijkstra et al. 2016).

Por el contrario, la falta de actividad social se ha asociado al sentimiento de soledad, que es la sensación de incompreensión y rechazo del otro, o no contar con compañía para realizar actividades personales relevantes, tanto físicas como mentales. Esta carencia de actividades y compañía conllevaría deterioro físico y cognitivo, disminución en la calidad de vida en general, y mayor probabilidad de desarrollar trastornos a nivel afectivo, siendo la depresión uno de los principales riesgos (Acosta et al. 2017).

La salud se ve beneficiada cuando se participa de actividades en las que se involucre contacto humano, puesto que ayuda a reducir el sentido de dependencia y a mejorar la promoción de salud y actividad física. La creación de redes sociales es un valor agregado que surge de la interacción en actividades comunitarias o de estudios Senior. Estos últimos permiten, además, generar nuevos conocimientos y competencias que ayudarían a mejorar la percepción de autoeficacia, sentimiento de actividad, autoestima, bienestar y reducción de la soledad (Mesa-Fernández et al. 2019).

El apoyo social se ha planteado como mediador y moderador entre sintomatología depresiva y calidad de vida; un positivo apoyo social puede disminuir el deterioro producido por síntomas depresivos y de algunos eventos vitales estresantes (Ahn et al.

2017). El efecto moderador se apreciaría también en adultos mayores que entregan apoyo en redes sociales fuera de su familia, constituyéndose como un comportamiento altruista y que implicaría menores limitaciones derivadas de problemas intergeneracionales o vínculos familiares (Tsuboi et al. 2016). En concordancia, algunos estudios señalan que a mayor percepción de apoyo social menor sintomatología depresiva y sensación de amenaza percibida ante eventos vitales estresantes (Cohrdes & Bretschneider, 2018; Wicke et al. 2014). Estudios señalan que mayor bienestar general está asociado a mayores niveles de apoyo social y con menores niveles de depresión, aunque se requiere profundizar en investigaciones que den cuenta de cómo se estructura la relación entre las tres variables (Garipey et al. 2016; Schwarzbach et al. 2014).

En Chile, Cancino et al. (2018) detectaron que el apoyo social actúa como moderador del efecto del envejecimiento en la reserva cognitiva y depresión; es decir, que mayores niveles de apoyo social indican mejores niveles de salud percibida y menores niveles de depresión.

Un aspecto relacionado es la participación social. En San Pedro de la Paz, Chile, región del Biobío, se realizó un estudio comparativo entre dos grupos de adultos mayores, en donde un grupo participaba como voluntario de un programa de “Asesores Senior” del programa SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor). Los resultados concluyeron que aquellas personas que participaron como voluntarios de dicho programa, independientemente del estado de salud físico, reportaban mejores niveles de rendimiento cognitivo, mejores niveles de calidad de vida, menor deterioro cognitivo, más altos niveles

de bienestar, así como menores niveles de síntomas depresivos; en comparación con aquellos adultos mayores que no participaron como voluntarios (Ferrada & Zavala, 2014).

#### **1.4. Pareja y Bienestar**

Se han señalado que el matrimonio, cohabitación o contar con una pareja estable, estaría relacionado con mejor percepción de salud, mayor autonomía y, por tanto, menor dependencia del contexto social para cuidados (especialmente de vínculos cercanos como la familia), mayor satisfacción de relaciones íntimas, vida personal y social más activa y menores niveles de depresión (Wright & Brown, 2017).

Aquellos adultos mayores en pareja y/o casados presentarían menores niveles de estrés psicológico, depresión y ansiedad, además de mayor acceso a recursos de apoyo económico y social, lo que implicaría mejor bienestar y salud mental que en adultos mayores no casados, viudos o solteros; sin embargo, autores como Brown & Wright (2017) señalan que estas brechas son cada vez menores (Stokes, 2017; Tatangelo et al. 2017; Wright & Brown, 2017). Algunas investigaciones plantean que la ausencia de pareja genera incertidumbre y pensamientos negativos hacia el futuro, sin embargo, aunque la pareja esté presente, no siempre cubre las necesidades de afecto del adulto mayor (Caviedes, 2017).

Se han observado diferencias de sexo en cuanto personas adultas mayores casadas, divorciadas o separadas. Si bien se considera que a mayor edad y ausencia de pareja son predictores de deterioro en la calidad de vida de personas mayores, algunas investigaciones señalan que de los adultos mayores hombres viudos, divorciados, solteros

o no casados, quienes presentarían mayores dificultades para retomar o llevar una vida autónoma (Acosta, 2019; Brown & Wright, 2017; López & Díaz, 2018; Quiroz et al. 2017; Vargas & Melguizo, 2017), pues significaría la pérdida o separación de su relación más íntima y principal fuente de apoyo emocional; en las mujeres la pérdida de una pareja puede significar la reactivación momentánea de redes de apoyo (Osorio et al. 2014). También se ha señalado que, en el caso de las mujeres, los problemas económicos derivados de la muerte o separación de la pareja es una de las mayores dificultades, situación relevante en el contexto latinoamericano donde el hombre aún es asociado a ser la principal fuente de ingresos económicos en el hogar (Lasagni et al. 2014).

Comparativamente, entre individuos que han enviudado o separado, y entre quienes se han mantenido solteros -sin relación estable-, la evidencia sugiere que es en los primeros en los que la pérdida de la pareja tendría mayor impacto en salud, bienestar y sentimientos de soledad; aunque es requerida mayor investigación (López & Díaz, 2018).

Es necesario realizar más investigaciones respecto de la pareja y su relación con el bienestar del individuo, puesto que los resultados hasta el momento son variados. Algunos señalan que sería en los hombres en quienes el contar con pareja tendrían mayor impacto en el bienestar, ya que los roles de otorgados al sexo biológico imperantes otorgan mayores beneficios tanto económicos como sociales al hombre por sobre la mujer (Jiménez, Baillet, Ávalos & Campos, 2016); mientras que en otros lo es para ambos (Garipey et al. 2016).

## **1.5. Sintomatología Depresiva y Bienestar**

La depresión es considerada como un trastorno afectivo, que involucra daños en los aspectos físicos y psicológicos de los individuos, cuyas características principales incluyen tristeza, desmotivación, culpabilidad, cansancio, disminución en la autoestima y concentración, y alteraciones del sueño o del apetito. También se señala la presencia de afectos negativos que disminuyen la voluntad y disposición de los individuos para realizar actividades cotidianas (Agis et al. 2020) y sentimientos de desesperanza frente al mundo, el futuro y sí mismo (Rossi et al. 2019).

Debido a lo anterior, esta patología es considerada de importancia en salud, sobre todo cuando el padecimiento es duradero y tiene intensidad moderada o grave, implicando sufrimiento y afectación en las actividades cotidianas, laborales y familiares (Agiset al. 2020). Los síntomas depresivos -o depresión- son los problemas que tendrían mayor incidencia en cuanto a la salud mental en adultos mayores (Lippert et al. 2017; Ramos et al. 2019). La presencia de sintomatología depresiva implicaría mayor susceptibilidad a dolencias físicas incapacitantes y, también, más propensión al aislamiento social, con implicancias en una mayor mortalidad de los adultos mayores (Ramalho et al. 2017).

Se ha planteado que mayor presencia de síntomas depresivos, menores niveles de bienestar en adultos mayores (Santos et al. 2020); del mismo modo, adultos mayores con mejores habilidades emocionales, autonomía y relaciones con otros presentan menores niveles de depresión (Andrade et al. 2019).

Considerar la presencia de síntomas depresivos en personas mayores como un proceso natural asociado con la edad contribuye a un mal diagnóstico y que el individuo no reciba

tratamiento (Jürschik et al. 2013; Serra & Irizarry-Robles, 2015). Diferenciar entre tristeza o duelo normal y depresión cobra relevancia, en cuanto esta última se ha considerado como una de las principales causas de sufrimiento en el adulto mayor, y disminución en su calidad de vida. La depresión de duración prolongada disminuye notoriamente el funcionamiento y rendimiento diario del individuo e interfiere con las relaciones sociales (Djukanović et al. 2015; Llanes et al. 2015; Lopez, 2013).

Factores que pueden influir en el desarrollo de síntomas depresivos son baja escolaridad, presencia de enfermedades o padecimientos crónicos, muerte de cónyuge, imposibilidad de adaptarse a la vida luego de la jubilación, pérdida de roles sociales, eventos estresantes, bajos niveles de apoyo social, percepción de vulnerabilidad física y dependencia para cubrir necesidades básicas (Djukanović et al. 2015; Restrepo et al. 2013; Soria et al. 2018; Oluwagbemiga 2016), ser mujer, no tener pareja, deterioros físicos y cognitivos, falta de apoyo social, problemas de salud u hospitalizaciones, bajo nivel socioeconómico y escolar, o no contar con trabajo (Ponce et al. 2020).

La aparición de sintomatología depresiva en el adulto mayor está asociada a la incapacidad de poder desenvolverse adecuadamente en tareas cotidianas, mayor uso de medicamentos, dificultad en adherencia a tratamientos, menor reporte autopercebido de salud; lo que a su vez significa peor calidad de vida y se asocia a mayores tasas de suicidio (Batistoni et al. 2011).

Estudios que asocian sexo y sintomatología depresiva en adultos mayores han generado resultados dispares, si bien algunos refieren que ser mujer estaría asociado a mayor

prevalencia de síntomas depresivos en comparación con los hombres, en otros no existen diferencias significativas (Djukanović et al. 2015; Soria et al. 2018; Oluwagbemiga 2016).



## 2. Planteamiento del Problema

A nivel mundial existen 780 millones de personas sobre los 65 años, y la proporción va en aumento. En Chile la cantidad de adultos mayores es de alrededor de 2,8 millones de personas, siendo la población más envejecida de América Latina, aunque relativamente joven comparado con países de la OCDE (Apablaza & Vega; 2018).

El adulto mayor ha sido catalogado generalmente como un individuo tendiente a la enfermedad, visión fomentada por el modelo biomédico. El deterioro físico y mental natural asociado con la edad favorece estereotipos, siendo excluidos como actores sociales, activos e independientes (Cuenca & del Valle, 2016; Jiménez et al. 2016; Soria & Montoya, 2017).

Investigaciones en adultez señalan que a mayor edad mayor bienestar; mientras que otras muestran resultados contradictorios (Palma et al. 2016). En la actualidad, se considera a la adultez mayor como una etapa en que puede ocurrir crecimiento y desarrollo personal (Orang et al. 2018). Es importante concientizar que el adulto mayor puede gozar de actividades de recreación, ocio, emociones y sensaciones agradables y mantener relaciones sociales que pueden mejorar su calidad de vida (Apablaza & Vega, 2018; Segura et al. 2011).

El bienestar es un producto complejo de interacciones a nivel social, cultural, biológico, ecológico y económico. Con relación al sexo, se sabe que en la adultez mayor se enfatizan desigualdades, privaciones y desventajas que se han sucedido a lo largo de la vida, generando mayor vulnerabilidad, fragilidad, y presentando mayor discapacidad y

enfermedades, efecto que se acrecienta en las mujeres (Fernández et al. 2018; Ramos et al. 2018). A pesar de lo anterior, los estudios no son concluyentes, existiendo evidencia que muestra a las mujeres con menor bienestar que en hombres, y otros en que las diferencias entre ambos no son significativas (Maldonado, 2015; Palma et al. 2016).

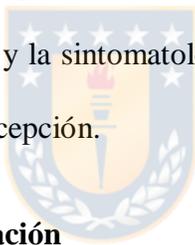
En el adulto mayor cobran mayor importancia las relaciones sociales positivas y sanas –apoyo social- puesto que serán redes que actuarán como factores protectores ante eventos que deterioran la percepción de bienestar (Roh et al. 2015).

El contar con pareja pareciera ser uno de los factores protectores de salud y bienestar, siendo fuente principal de soporte emocional, social y económico; y asociarse a menores niveles de estrés, depresión y ansiedad (Margelisch et al. 2017; Nina, 2017; Tatangelo et al. 2017). La ausencia de pareja sería un factor predictor de deterioro de salud y bienestar en el adulto mayor, siendo las personas casadas y/o en pareja quienes tendrían mayor bienestar (Stokes, 2017; Tatangelo et al. 2017; Wright & Brown, 2017).

El bienestar en la adultez mayor puede verse afectada por la depresión. Su presencia puede implicar presencia de afectos negativos, los que pueden disminuir la voluntad y disposición del adulto mayor para desarrollar su vida cotidiana normalmente (Agis et al. 2020). Junto a este posible desánimo, se sostiene que la sintomatología depresiva se asocia a mayor dolencias físicas y aislamiento social (Ramalho et al. Gomes, 2017), y sentimientos de desesperanza frente al mundo, el futuro y sí mismo (Rossi et al. 2019).

Al mismo tiempo, ser mujer, no tener pareja y falta de apoyo social, son algunas de las variables asociadas a padecer síntomas depresivos (Ponce et al. 2020), por lo que el

estudio combinado de estas relaciones permitiría mayor comprensión sobre cómo estas variables se relacionan entre sí y afectan el bienestar de los adultos mayores. Se considera que la interacción de estas variables afecta el bienestar personal, pues individuos con depresión cuentan con diversos niveles de apoyo social; y el impacto de la sintomatología depresiva en el bienestar puede variar ante diferentes niveles de apoyo social (Nojabae et al. 2018). Hasta el momento, los estudios sobre factores implicados en bienestar del adulto mayor muestran resultados poco concluyentes dependiendo de las variables incluidas, por lo que es necesaria mayor investigación que aborde estas variables en su conjunto en nuestro contexto. Se presenta un estudio que evalúa la influencia del sexo, el apoyo social contar con pareja, y la sintomatología depresiva en el Bienestar de adultos mayores de la Provincia de Concepción.



## **2.1. Pregunta de Investigación**

¿Cómo se relacionan el apoyo social, contar con pareja, y la sintomatología depresiva con el bienestar del adulto mayor?

## **2.2. Objetivos**

### **2.2.1. Objetivo General**

1.- Determinar la influencia del apoyo social, contar con pareja y sintomatología depresiva en el bienestar de los adultos mayores de la ciudad de Concepción.

### **2.2.2. Objetivos Específicos**

- 1.- Determinar el bienestar del adulto mayor de la provincia de Concepción.
- 2.- Establecer las relaciones existentes entre apoyo social, contar con pareja, y sintomatología depresiva con el bienestar del adulto mayor de la provincia de Concepción.
- 3.- Establecer si existe moderación entre apoyo social, contar con pareja, y sintomatología depresiva en la determinación del bienestar del adulto mayor.

### **2.3. Hipótesis**

H1: Los adultos mayores con pareja, mayor apoyo social y menor sintomatología depresiva presentarán mayor bienestar.

H2: El apoyo social disminuye la asociación negativa entre la sintomatología depresiva y el bienestar de los adultos mayores de Concepción.

H3: La asociación entre el convivir con pareja y bienestar estaría mediada por el apoyo social percibido.

### 3. Método

#### 3.1. Diseño

La presente investigación se basa en un paradigma cuantitativo de carácter descriptivo y correlacional, con un diseño no experimental y transversal en el que se recopilan datos en un momento único, sin manipulación previa ni deliberada de variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

#### 3.2. Participantes

El diseño utilizado fue de carácter descriptivo – correlacional, de tipo transversal. Los datos corresponden a un subanálisis de un estudio mayor perteneciente al Proyecto FONDECYT N°1171732: *“Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud”* de la Universidad de Concepción, Investigadora Principal: Prof. Sandra Saldivia, PhD. (Saldivia, Aslan, Cova, Vicente, Inostroza & Rincón, 2019), que contó con la aprobación de Comité Éticos Científicos de la provincia de Concepción, Chile. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada adulto mayor participante.

Los criterios de inclusión fueron: (1) adultos mayores entre 65 y 80 años, (2) autovalentes, y (3) usuarios de Centros de Atención Primaria de Salud (APS) de la provincia de Concepción. Como criterios de exclusión se consideraron: (1) presencia de diagnóstico psiquiátrico común (ansiedad o depresión), valorado en evaluación pretest; (2) presencia de diagnóstico psiquiátrico grave; (3) presencia de una enfermedad física invalidante; (4) presencia de discapacidad que limite y/o impida la comunicación; y (5)

riesgo de dependencia funcional. La información sobre la eventual presencia de los cuatro últimos criterios se recogió del EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor) (MINSAL, Chile, 2008).

Se seleccionaron al azar e invitaron a participar a 600 adultos mayores de 15 centros de salud. Fueron contactados a través de llamada telefónica y visitas domiciliarias coordinadas por un encuestador capacitado; aceptaron participar con firma de consentimiento informado, y fueron entrevistados 582 adultos mayores, al aplicar los criterios de exclusión se conformó la muestra final de 538 participantes.

La muestra final de este estudio estuvo compuesta por 538 adultos mayores, 341 mujeres (63,3%) y 197 hombres (36,7%). El promedio de edad de la muestra es de 71,82 años y la edad promedio tanto para el grupo de hombres y como para el grupo de mujeres es de 71,83 años. Un 35,2% de la muestra se encuentra en un rango de edad entre los 65 y 69 años, un 35,2% entre los 70 y 74 años, un 25,6% entre los 75 y 79 años y, finalmente, un 3,5% de la muestra se encuentra entre las edades de 80 y 81 años.

En cuanto al estado civil, el (53,2%) de los participantes reportaron estar casados, seguidos de viudez (22,9%), nunca haberse casado (11,0%), separado (7,4%) y, finalmente, divorciado (5,6%). El 58% de la muestra (312 personas) manifiesta encontrarse en pareja como casado o conviviente y el 42% de la muestra (226 personas) reportan no tener pareja (no casado-conviviente/viudo/soltero/separado o divorciado).

### **3.3 Definición de Variables**

Bienestar: Desarrollo de las capacidades individuales y del crecimiento personal, las

cuales son consideradas como los principales indicadores de funcionamiento positivo de un individuo. Se propone como modelo integrador el creado por Ryff en 1986, basado en la psicología humanista y del desarrollo, con seis dimensiones en un continuo positivo-negativo de evaluación personal: autoaceptación, autonomía, crecimiento personal, propósito de vida, relaciones positivas con otros y dominio del entorno (Rosa et al. 2015: Sanjuán & Ávila, 2016).

El Bienestar fue evaluado a través los puntajes de las subescalas del bienestar recordado del Índice de Felicidad de Pemberton (PHI- Pemberton Happiness Index) (ver anexo2) (Paiva, et al. 2016).

Pareja: Existen diversas definiciones de pareja. Se comprende como un sistema, que puede variar en estructura, formalización y orientación sexual de sus integrantes, siendo un modelo complejo de relación; generalmente es aceptado como un sistema en el que los individuos demuestran compromiso de permanecer juntos durante un periodo de tiempo (Stange et al. 2017). En esta investigación se consideró como adultos mayores con pareja a aquellos individuos casados o convivientes.

Los datos sociodemográficos fueron solicitados a los adultos mayores al momento de aplicar los instrumentos.

Apoyo Social: conformado por el conjunto de familiares o personas no familiares que brindan diversas fuentes de soporte como emocional, compañía, económica, guía o consejo, ya sea de forma efectiva o potencial. Puede ser evaluada según estructura -tamaño de la red, grado de interrelación, ubicación en la escala personal del individuo-, función – compañía social, apoyo emocional, ayuda económica- y atributos que la componen –

intimidad, frecuencia, historia compartida (Arias, 2015).

Para evaluar Apoyo Social se utilizó la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet que centra su atención en la evaluación subjetiva de apoyo social que realiza una persona referente a familia, amigos y otros significativos (ver anexo 3) (Pinto et al. 2014). De forma anexa, en los datos Sociodemográficos se consultó por estado civil y con quienes vive.

Sintomatología Depresiva: alteración del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de humor disminuido que termina en tristeza o irritabilidad. Constituyen algunas de sus características ánimo triste, ánimo irritable, falta de placer y goce, problemas para concentrarse y tomar decisiones, problemas de relación social, entre otras (Chomalí et al. 2015; Ministerio de Salud, 2013a; Ministerio de Salud, 2013b).

Se utilizó la Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para evaluar Sintomatología Depresiva pues permite observar la ocurrencia de molestias por síntomas en una escala cuya sumatoria entrega gravedad de síntomas (ver anexo 4) (Saldivia, et al. 2019).

### **3.4. Instrumentos**

**PHI- Pemberton Happiness Index:** o Índice de Felicidad de Pemberton (ver anexo 3), creado en 2013 y validado en 9 países, está conformado por 11 ítems relacionados a distintos ámbitos del bienestar asociados al recuerdo: bienestar general, eudaimónico, hedonista y bienestar social, y 10 ítems asociados a bienestar experimentado. Posee una escala de respuesta que fluctúa entre “0 = Totalmente en desacuerdo” a “10= Totalmente de acuerdo”. La escala de bienestar asociada al recuerdo entrega una suma ponderada de

los primeros 11 ítems y varían de 0 a 10; fue la sección utilizada en este estudio. Para evaluar consistencia interna del instrumento se utilizó como medida el alfa de Chronbach, con un valor  $\alpha < 0,89$ . Por último, se calculó la correlación ítem-total con puntajes entre 0,61 y 0,77 (Delfino, Botero & González, 2019; Hervás & Vázquez, 2013; Méndez, Silva, Palomo-Vélez, da Costa & Páez, 2015; Oriol, Molina, da Costa & Páez, 2015; Paiva, et al. 2016).

**Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet:** creada en 1988 para evaluar la calidad de apoyo social percibido, específicamente en tres factores: familia, amigos y otros significativos (ver anexo 4). Conformada por 12 afirmaciones en tres subescalas, con cuatro alternativas de escala tipo Likert valorando en “casi nunca = 1”, “a veces = 2”, “con frecuencia = 3” y “casi siempre o siempre = 4”. El puntaje total de la escala es la sumatoria de todos los puntajes, por lo tanto, mayor puntaje se traduciría en mayor apoyo social y viceversa. Se adaptó a población chilena adulta mayor, realizando análisis factorial exploratorio para la validez de la escala. La consistencia interna de la escala muestra un valor de 0,86 por lo que se estima que posee alta confiabilidad, y la prueba de esfericidad de Bartlett mostró ser significativa ( $\text{Chi}^2=941,19$ ,  $p<0,0001$ ), por lo que se señalan que existe relación entre los ítems (Pinto et al. 2014).

**Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9):** escala de 9 ítems autoaplicada (ver anexo 5) que puede ser utilizada en atención primaria de salud, sus dimensiones de evaluación corresponden a 9 criterios establecidos en el DMS-IV para Trastorno Depresivo Mayor: anhedonia, ánimo depresivo, problemas de sueño, sensación de cansancio, cambios de apetito, culpa o sentirse inservible, problemas de concentración, sensación de lentitud o

sin descanso y sensación de muerte o de flagelación. Se utiliza para observar la ocurrencia de molestias por síntomas anteriormente descritos en un periodo de dos semanas anterior a la aplicación del cuestionario. Se asignan valores en escala tipo Lickert de “0 = nunca”, “1= varios días”, “2= más de la mitad de los días”, “3= casi todos los días”. La puntuación fluctúa de 0 a 27, considerándose que la gravedad de los síntomas puede distribuirse en puntajes de: 0-4 = mínimo, 5-9 = leve, 10-14= moderado, 15-19= moderado a grave y 20-27= grave. En Chile se ha estudiado en contextos de atención primaria de salud, obteniéndose altos niveles de consistencia interna ( $\alpha = 0,84$ ), sensibilidad (88%) y especificidad (92%). Recientemente, en 2019, fueron estudiadas las propiedades psicométricas del cuestionario en centros de atención primaria, para lo cual se utilizaron como índices de consistencia interna tanto el coeficiente omega de McDonald (0,896) y alfade Chronbach (0,891), los ítems mostraron cargas superiores a 0,69 y las correlaciones ítem-total corregidas fueron superiores a 0,56 (Maske et al. 2015; Rathore et al. 2014; Saldivia et al. 2019).

Se estimó la consistencia interna de cada instrumento utilizado. En el caso de la escala bienestar se observa una consistencia interna de  $\alpha < 0,88$ . De la escala de apoyo social se obtiene una confiabilidad de  $\alpha < 0,88$ . La escala de sintomatología depresiva observa una consistencia interna de  $\alpha < 0,78$ .

### **3.5. Procedimiento.**

Esta investigación se utilizaron datos secundarios aportados por el proyecto FONDECYT N°1171732: “Diseño, implementación y evaluación de una intervención

psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud” (Investigadora Principal: Prof. Sandra Saldivia, PhD). Para el proceso de obtención de los datos, en primer lugar, se recolectaron nóminas de adultos mayores usuarios de los 15 CESFAM pertenecientes a la provincia de Concepción. Dentro de cada CESFAM se seleccionaron al azar 40 adultos mayores para ser invitados al estudio. Los participantes fueron contactados a través de llamada telefónica, con tal de acordar un horario de visita para la presentación del estudio, aplicación de protocolo de consentimiento informado (ver anexo 1) realización de la entrevista y aplicación de los diferentes instrumentos. Los cuestionarios fueron aplicados en el domicilio del adulto mayor por un encuestador previamente capacitado quien leía los ítems al adulto mayor para asegurar comprensión.

### **3.6. Resguardos Éticos**

La presente investigación se enmarcó en los criterios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial para investigaciones con seres humanos, en su última versión de 2013 (Asociación Médica Mundial, 2019).

El presente proyecto utilizó datos del estudio FONDECYT N°1171732: “*Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud*” de la Universidad de Concepción, que cuenta con aprobación de los Comités Éticos Científicos de Concepción y Talcahuano.

Previa a la aplicación de los instrumentos se procedió a obtener el consentimiento

informado del adulto mayor, expreso y firmado por escrito (ver anexo 1). Con tal de garantizar la validez del consentimiento otorgado, a los participantes se les explicó verbalmente y mediante formulario escrito los objetivos del estudio, uso y resguardo de información, así como la garantía de confidencialidad de todo dato entregado. Además, se les informó de su derecho a desligarse de participar en cualquier momento de la investigación, sin mediar sanción alguna. Todos los participantes del estudio fueron invitados a participar de talleres de prevención de ansiedad y depresión (Programa Vida Activa), objetivo central del proyecto de investigación.

### **3.7. Análisis de Datos**

Los datos recolectados fueron tabulados y procesados por medio del software de análisis estadístico IBM @SPSS Statistics versión 23.0.

Se realizó un análisis de confiabilidad de los instrumentos por medio de la prueba Alfa de Cronbach con el fin de obtener la consistencia interna de la escala.

Para conocer los niveles de bienestar psicológico, apoyo social y sintomatología depresiva se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se utilizó la prueba de significación estadística Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad en la distribución de los datos, debido a que el tamaño de la muestra en esta investigación es mayor a 50 personas (Romero, 2016).

Las relaciones entre las variables se efectuaron mediante un análisis de correlaciones bivariadas, a través del estadístico de correlación Rho de Spearman para medidas no-paramétricas debido a la distribución de algunas de las subescalas. Adicionalmente, se

aplicó la prueba T-Student para muestras independientes con el objetivo de comparar medias entre grupos.

Para las pruebas de hipótesis se realizaron análisis de Regresión lineal, bajo los supuestos de independencia de los residuos, homocedasticidad, y no autocorrelación (Laguna, 2014; Montero,2016). El análisis de moderación se realizó a través la macro estadística PROCESS en su versión adaptada para el programa SPSS.



## 4. Resultados

### 4.1 Descripción de las Variables del Estudio

La tabla 1 muestra los valores de los estadísticos descriptivos y consistencia interna de las variables. En los anexos 6, 7 y 8 se presentan los histogramas de las distribuciones de puntajes de cada variable.

En la tabla 2 se presentan los valores de los estadísticos descriptivos de la variable bienestar psicológico por sexo.

**Tabla 1.**

*Estadísticos descriptivos de las variables del estudio*

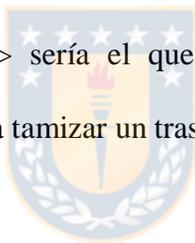
Variables	Rango		Media Puntaje total	Desviación estándar	Media Desviación				Consistencia interna
					por ítems	estándar de ítems	Asimetría	Curtosis	
Bienestar	34	110	93,87	14,72	8,54	1,34	-1,105	,974	,882
Apoyo Social	14	48	36,3	9,07	-	-	-,483	-,694	,884
Sintomatología Depresiva	0	21	3,52	3,82	-	-	1,58	2,653	,776

Fuente: Elaboración propia

La variable de bienestar recordado (Índice de Felicidad de Pemberton) presenta una media de 8,54 (DE = 1,34) con asimetría negativa hacia los puntajes altos (ver anexo 6). En el caso de los hombres se observa una media de 8,46 (DE = 1,34) en bienestar psicológico. En las mujeres se aprecia una media de 8,6 (DE=1,34) en el puntaje de bienestar psicológico.

La escala de apoyo social muestra una media de 36,3 (DE = 9,07) y asimetría negativa hacia puntajes altos (ver anexo 7). En cuanto a la escala de sintomatología depresiva se aprecia una media de 3,52 (DE= 3,82), con una asimetría positiva hacia puntajes bajos (ver anexo 8).

En la tabla 2 se presenta la distribución de puntajes de síntomas depresivos de la población del estudio. La escala PHQ-9 de sintomatología depresiva utiliza un puntaje de corte original de 10 puntos para detectar un posible trastorno depresivo. De acuerdo al estudio realizado por (Saldivia et al. (2019) y posteriormente en Aslan, Cova, Saldivia, Bustos, Inostroza, Rincón, Ortiz y Bühring (2020), el puntaje de corte para adultos mayores en Chile de valor  $9 >$  sería el que entregaría una mejor combinación de sensibilidad y especificidad para tamizar un trastorno depresivo.



**Tabla 2***Distribución síntomas depresivos diferenciada por sexo y puntaje de corte*

Sintomatología depresiva	Hombre (N=197)		Mujeres (N=341)		Total (N=538)	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Mínimo (0-4)	148	75,12%	232	68,03%	380	70,6%
Leve (5-9)	33	16,75%	77	22,58%	110	18,58%
Moderado (10-14)	13	6,59%	22	6,45%	35	6,5%
Moderado-grave (15-19)	3	1,52%	9	2,63%	12	2,8%
Grave (20-27)	0	0%	1	0,29%	1	0,2%
Total	197	100%	341	100%	538	100%
Posible trastorno depresivo	20	10,15%	40	11,73%	60	11,15%

Fuente: Elaboración propia

Considerando este puntaje de corte, un 11,15% de la muestra (60 personas) podrían presentar trastorno depresivo. En relación con el nivel de síntomas un 70,6% de la muestra (380 personas) presentaría sintomatología depresiva mínima, un 18,58% de la muestra (110 personas) presentaría síntomas leves, el 6,5% de la muestra (35 personas) presentaría síntomas moderados, un 2,8% (12 personas) presentaría síntomas moderados graves y un 0,2% (1 personas) presentaría sintomatología depresiva grave.

## 4.2 Diferencias de Media en Bienestar, Apoyo social y Sintomatología Depresiva

### 4.2.1 Diferencias de Media en Bienestar, Apoyo Social y Sintomatología Depresiva por Sexo

Se ha utilizado la prueba paramétrica inferencial T Student para determinar la existencia de diferencias entre las medias de dos muestras independientes. Los datos arrojados por la prueba permiten realizar la siguiente interpretación.

**Tabla 3.**

*Diferencias de media de variables de estudio diferenciadas por sexo*

	Total		Hombres (197)		Mujeres (341)		t
	M	DS	M	DS	M	DS	
Bienestar	93,87	14,72	93,08	14,711	94,48	14,729	-1,065
Apoyo social	36,3	9,07	34,46	8,844	37,33	9,039	-3,575*
Sintomatología depresiva	3,52	3,82	3,05	3,550	3,83	3,962	-2,277*

\*  $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

Respecto de la variable de bienestar global no se observan diferencias estadísticamente significativas de media ( $t(536) = -1,065$ ,  $p = ,288 > 0,05$ ) al comparar entre el grupo de hombres ( $M= 93,08$ ) y mujeres ( $M=94,48$ ). En cuanto a la dimensión de apoyo social se

observan diferencias significativas ( $t(536) = -3,575, p = 0,00 < 0,05$ ), siendo menor en el caso de los hombres ( $M=34,46$ ) a comparación de las mujeres ( $M=37,33$ ). Finalmente, respecto de la dimensión de sintomatología depresiva se observan diferencias ( $t(536) = -2,277, p = 0,023 < 0,05$ ) entre hombres ( $M=3,05$  y mujeres ( $M=3,83$ ) siendo mayor en el caso de las mujeres (ver tabla 3).

#### 4.2.2 Diferencias de media en Bienestar, Apoyo Social Percibido y Sintomatología Depresiva en personas con Pareja y sin Pareja

El grupo con pareja estuvo conformado por las personas casadas o convivientes; el grupo sin pareja lo conforman personas solteras, viudas, separadas que manifestaron no convivir con una persona como si estuviera casado/a. La prueba t de diferencias de medias entre personas con y sin pareja arroja los siguientes resultados.

**Tabla 4.**

*Diferencias de media de las variables centrales entre personas con pareja y sin pareja*

	Con pareja (312)		Sin pareja (226)		t
	M	DS	M	DS	
Bienestar global	94,41	14,352	93,36	15,235	-,814
Apoyo social	36,83	8,765	35,53	9,434	-1,645
Sintomatología depresiva	3,23	3,511	3,98	4,202	2,211*

Fuente: Elaboración propia

Bienestar global no informa diferencias estadísticamente significativas ( $t(536) = -,814, p = ,416 > 0,05$ ) entre personas con pareja ( $M=94,41$ ) y sin pareja ( $M=93,36$ ). Respecto de

la variable apoyo social no se observan diferencias estadísticamente significativas ( $t(536) = -1,645, p = 0,101 > 0,05$ ) entre personas con pareja ( $M = 36,83$ ) y sin pareja ( $M = 35,53$ ) (ver tabla 4).

Finalmente se observan diferencias estadísticas ( $t(536) = 430,412, p = 0,028 < 0,05$ ) en los niveles de síntomas depresivos entre personas con pareja ( $M = 3,23$ ) y sin pareja ( $M = 3,98$ ), siendo mayores en el grupo sin pareja (ver tabla 4).

### 4.3 Asociación entre Variables

La prueba de correlación Rho de Spearman –simbolizado como *rho*– es una medida de correlación para variables de nivel de medición ordinal, es decir, los datos pueden ser ordenados por rangos o jerarquías. En este estudio algunas escalas utilizadas se alejan de la normalidad en la distribución de sus datos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

**Tabla 5.**

*Análisis de Correlación Rho de Spearman de las variables de estudio y diferenciadas por sexo*

	Correlación entre variables			Correlación por sexo	
	B	AS	SD	Bienestar	
				Hombre (N=197)	Mujer (N=341)
Bienestar	-	,34**	-,37**	-	-
Apoyo Social	,34**	-	-,20**	,24**	,37**
Sintomatología Depresiva	-,37**	-,20**	-	-,39**	-,38**

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los análisis realizados mediante la prueba de correlación Rho de Spearman indicaron los siguientes resultados. En primer lugar, respecto de bienestar se observa correlación positiva significativa con la escala de apoyo social ( $\rho = 0,34$ ;  $p = 0,001$ ) respecto de la escala de sintomatología depresiva se observa correlación negativa significativa ( $\rho = -0,38$ ;  $p = 0,001$ ).

En cuanto a la escala de apoyo social se observa correlación positiva moderada con la escala de bienestar ( $\rho = 0,34$ ;  $p = 0,001$ ) y correlación negativa con sintomatología depresiva ( $\rho = -0,20$ ;  $p = 0,001$ ) (ver tabla 6). Finalmente, respecto de la escala de sintomatología depresiva se observa correlación negativa con la escala de bienestar ( $\rho = -0,38$ ;  $p = 0,001$ ), correlación negativa con apoyo social ( $\rho = -0,20$ ;  $p = 0,001$ ) (ver tabla 5).

En el caso de las correlaciones de las variables diferenciadas por sexo se observa que, en el caso de los hombres, la variable apoyo social presenta correlación positiva moderada con la variable de bienestar global ( $\rho = 0,24$ ;  $p = 0,001$ ) (ver tabla 5). La variable sintomatología depresiva muestra correlación negativa moderada con la variable bienestar global ( $\rho = -0,39$ ;  $p = 0,001$ ). Al observar el caso de las mujeres se aprecia que la variable apoyo social global presenta correlación positiva moderada con las variables de bienestar global ( $\rho = 0,37$ ;  $p = 0,001$ ). Respecto de la sintomatología depresiva, en el caso de las mujeres, se observa correlación negativa moderada con las variables de bienestar global ( $\rho = -0,38$ ;  $p = 0,001$ ).

#### **4.4 Pruebas de Hipótesis.**

##### **4.4.1 Análisis de Regresión Lineal Múltiple sobre el Bienestar.**

Los análisis de regresión lineal se emplean para evaluar el efecto de dos o más variables independientes sobre una dependiente, estimando cuál de dichas variables independientes predice mejor los valores de la variable dependiente; suponiendo linealidad en la relación de las variables. El modelo de regresión lineal múltiple supone influencia o correlación de más de una variable sobre una tercera variable dependiente (Hernández & Mendoza, 2018; Montero, 2016).

Para responder a la primera hipótesis de investigación “Los adultos mayores con pareja, mayor apoyo social y menor sintomatología depresiva presentarán mayor bienestar psicológico”, se realizó una regresión lineal múltiple considerando el bienestar total como variable dependiente y sexo, apoyo social, sintomatología depresiva y contar o no con pareja (1: tiene pareja, 0: no tiene pareja) como variables predictoras. El modelo propuesto resultó ser estadísticamente significativo ( $F(4,533) = 55,997, p < ,001$ ) logrando explicar un 29,1% la variabilidad del bienestar.

**Tabla 6.***Coefficientes del modelo de regresión múltiple sobre la variable Bienestar*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
(Constante)	81,024	3.036		26,689	0,001		
Sexo	1,189	1,245	0,039	0,955	0,340	0,795	1,258
Pareja	-0,287	1,198	-0,010	-0,240	0,811	0,817	1,224
Apoyo social	0,463	0,062	0,285	7,514	0,001	0,919	1,088
Sintomatología depresiva	-1,585	0,143	-0,413	-11,052	0,001	0,948	1,055

a. Variable dependiente: Bienestar global

La variable que presentó un mayor peso fue la sintomatología depresiva ( $\beta = -0,413$ ,  $p < 0,001$ ) seguida del apoyo social ( $\beta = 0,285$ ,  $p < 0,001$ ). El sexo ( $\beta = 0,039$ ,  $p < 0,340$ ) y la presencia/ausencia de pareja ( $\beta = -0,010$ ,  $p < 0,811$ ) no resultaron ser significativo. Los coeficientes indican que, manteniendo las otras variables constantes, una mayor sintomatología depresiva tiene un efecto negativo en el bienestar y que un mayor apoyo social, predisponen un nivel más alto de bienestar.

Para estudiar la validez del modelo, se revisó la multicolinealidad. En el modelo propuesto, los valores del VIF son menores a 10 y el VIF promedio es próximo a 1. Además, los valores de la tolerancia son superiores a 0,2 por lo que podemos concluir que no existe colinealidad. Además, el estadístico de Durbin Watson fue de  $D = 1,67$ ,

mostrando la ausencia de autocorrelación (Laguna, 2014; Montero, 2016). Por otro lado, se evaluó la normalidad de los residuos estudentizados. Estos presentaron un coeficiente de asimetría de -0,534 y un coeficiente de curtosis de 0,083 y mostraron una aproximación a la normalidad (ver anexo 9).

#### 4.4.2 Análisis de Regresión Lineal Múltiple con Moderación sobre Bienestar

Respecto de la segunda hipótesis de investigación “El apoyo social disminuye la asociación entre la sintomatología depresiva y el bienestar de los adultos mayores de Concepción”, se contrastó realizando un análisis de regresión lineal múltiple con moderación. El modelo examinó el bienestar psicológico como variable dependiente, la sintomatología depresiva y apoyo social como variables independientes, y la interacción entre el apoyo social y la sintomatología depresiva para evaluar la moderación.

El modelo resultó ser estadísticamente significativo ( $F(3,534)=79,5896, p<,001$ ) logrando explicar el 30,9% de la variabilidad del bienestar psicológico (ver tabla 7).

**Tabla 7.**

*Coefficientes del modelo sobre la variable Bienestar*

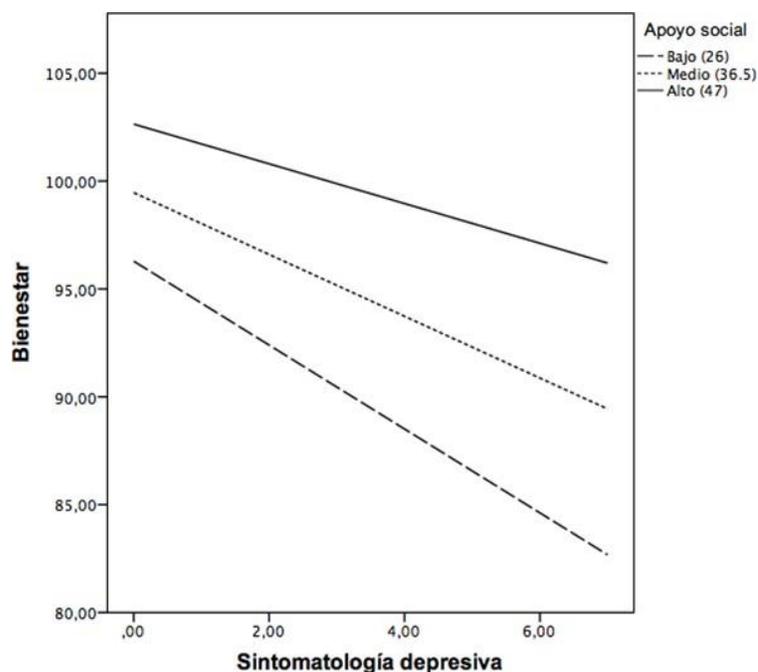
	coeff	SE	t	p	LLCI	ULCI
Constante	88,419	2,962	29,847	0,000	82,599	94,238
Sintomatología depresiva	-3,213	0,506	-6,354	0,000	-4,206	-2,219
Apoyo social	0,303	0,078	3,890	0,001	0,149	0,455
Sintomatología depresiva*Apoyo social	0,049	0,014	3,397	0,007	0,0206	0,077

Nota: LLCI: límite inferior del intervalo de confianza al 95%, ULCI: límite superior del intervalo de confianza al 95%

De acuerdo a los resultados de la tabla 7, podemos ver que la interacción entre la sintomatología depresiva y el apoyo social fue estadísticamente significativa ( $\beta=0,049$ ,  $p=0,007$ , IC = (0,021; 0,077), lo que indica un efecto de moderación. Por lo tanto, ya podemos observar que el apoyo social tiene un efecto en la relación entre la sintomatología depresiva y el bienestar. La figura 1 representa la moderación y la tabla 8, los efectos condicionales de la sintomatología depresiva sobre el bienestar en diferentes valores del apoyo social (+/- 1 Desviación Estándar). Según estos, podemos observar que el mayor efecto de la sintomatología depresiva sobre el bienestar se produce con un apoyo social bajo, y el menor efecto, cuando las personas tienen un apoyo social alto.

**Figura 1**

*Representación del efecto de moderación del Apoyo Social en la relación entre la Sintomatología depresiva y el Bienestar.*



**Tabla 8.**

*Efecto condicional de sintomatología depresiva sobre el bienestar en diferentes valores de apoyo social*

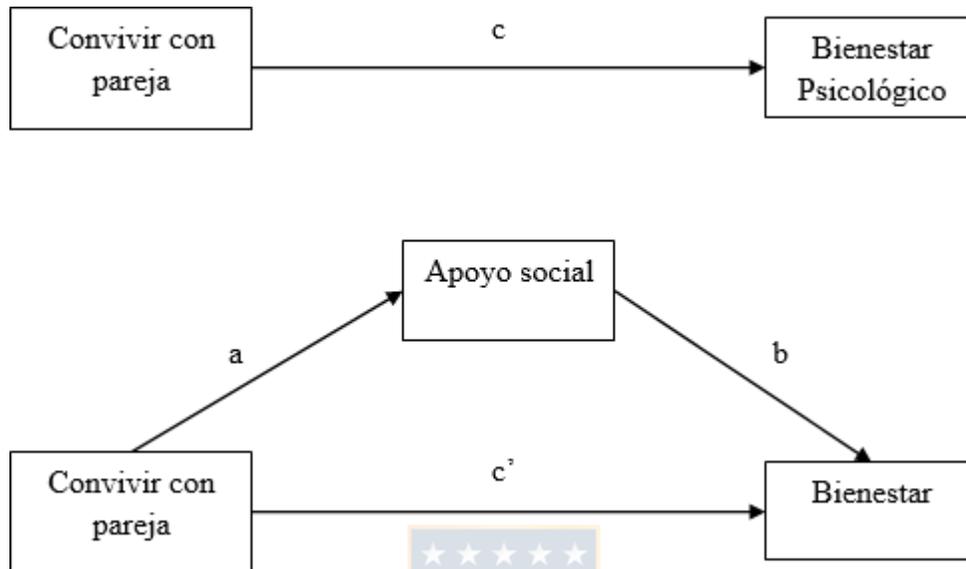
Apoyo social	Efecto	SE	t	p	LLCI	ULCI
Bajo (26)	-1,945	0,180	-10,798	0,0000	-2,298	-1,591
Medio (36,5)	-1,433	0,146	-9,825	0,0000	-1,719	-1,146
Alto (47)	-0,921	0,236	-3,907	0,0001	-1,383	-0,458

Fuente: Elaboración propia

#### **4.4.3 Análisis de Mediación sobre Bienestar**

Para evaluar la tercera hipótesis del estudio “La asociación entre el convivir con pareja y bienestar estaría mediada por el apoyo social percibido”, se construyó un modelo que examinaba el hecho de convivir con pareja como variable independiente, el bienestar como variable dependiente, y el apoyo social como variable mediadora en la relación del hecho de convivir con pareja y el bienestar psicológico. La figura 2 presenta las relaciones evaluadas.

**Figura 2**



En el modelo de análisis por mediación inicia desde un modelo básico de regresión lineal, cuyo objetivo es conocer el porcentaje de variable explicada para una variable dependiente en función de un conjunto de variables independientes. En el modelo de análisis por mediación, se establece una relación entre una variable independiente – convivir con pareja-, una variable dependiente –bienestar - y una variable mediadora – apoyo social- y el efecto sobre ambas variables. La figura 2 muestra el modelo explicativo de regresión lineal múltiple con mediación (Fernández & García, 2017; Hernández et al. 2014).

Existen cuatro criterios para poder realizar un análisis de mediación, los cuales son (1) confirmar que la variable independiente tiene relación significativa con la variable dependiente (2) confirmar que la variable independiente se relaciona con la variable

mediadora (3) confirmar que la variable mediadora posee relación con la variable dependiente y que el efecto de la variable independiente permanezca constante y (4) comprobar que la relación entre la variable independiente y dependiente es significativamente menor cuando la variable mediadora se incorpora al modelo (Fernández& García, 2017).

Respecto del primer criterio mencionado para llevar a cabo un análisis de regresión con mediación en la presente tesis de investigación no se cumple, pues la relación existente entre la variable independiente –contar o no con pareja- y la variable dependiente – bienestar psicológico- no es estadísticamente significativa ( $\beta = -1,36$ ;  $t = -1,72$ ;  $p = 0,087 > 0,05$ ) (ver tabla 9).



**Tabla 9.**

*Modelo de regresión lineal entre la variable dependiente y la variable independiente*

	coeff	SE	t	p	LLCI	ULCI
Constante	36,844	0,509	72,259	0,000	35,843	37,846
Pareja/sin pareja	-1,360	0,792	-1,717	0,086	-2,916	0,196

Fuente: Elaboración propia

Pese a lo anterior, se calcularon los valores de los otros elementos de la mediación propuesta. La tabla 10 muestra la relación entre convivir pareja y apoyo social con el bienestar.

**Tabla 10.***Efecto de las variables Apoyo Social y Convivir con pareja en el Bienestar*

	coeff	SE	t	p	LLCI	ULCI
Constante	72,566	2,534	28,634	0,000	67,588	77,545
Convivir con pareja/sin pareja	-0,351	1,204	-0,299	0,771	-2,717	2,014
Apoyo Social	0,594	0,066	9,068	0,000	0,465	0,723

Nota: LLCI: límite inferior del intervalo de confianza al 95%, ULCI: límite superior del intervalo de confianza al 95%

Finalmente, las tablas 11 y 12 muestran los efectos directo e indirecto de la variable independiente, convivir o no con pareja, sobre la variable dependiente, bienestar psicológico. En ambos casos, estos no son significativos.

**Tabla 11.***Efecto directo de la variable convivir con pareja sobre la variable Bienestar*

	Efecto	SE	t	p	LLCI	ULCI
Pareja/ sin pareja	-0,351	1,204	- 0,291	0,771	-2,717	2,014

**Tabla 12.**

*Efecto indirecto de la variable convivir con pareja sobre la variable Bienestar*

*Psicológico*

	Efecto	SE	t	p	LLCI	ULCI
Pareja/ sin pareja	-0,808	0,488	-	-	-1,799	0,113



## Discusión

En este apartado se discutirán los resultados en torno a los objetivos planteados en la presente tesis de investigación, los cuales incluían describir el bienestar de los adultos mayores de la provincia de Concepción, establecer las relaciones existentes entre sexo, apoyo social, contar con pareja y sintomatología depresiva con el bienestar del adulto mayor de la provincia de Concepción, y determinar cuáles variables tendrían mayor influencia en el bienestar de las personas mayores.

Referente al primer objetivo “Determinar el bienestar del adulto mayor de la provincia de Concepción” se observa que, según la escala Pemberton Happiness Index, el bienestar de los adultos mayores de la provincia de Concepción tiende a los puntajes altos ( $M = 8.54$ ), es decir, que la muestra, en general, manifiesta un buen bienestar psicológico. Estos niveles de bienestar son mayores a los reportados en muestras adultas a nivel internacional (Delfino et al. 2019; Fierro et al. 2018; Hervás & Vázquez, 2013; Ribeiro et al. 2016). Ocurriría entonces, que las experiencias acumuladas por los adultos mayores les permitirían mayor control y regulación de emociones negativas y positivas, permitiendo mantener un adecuado bienestar y, por tanto, mayor posibilidad de experiencias agradables a medida que avanza la edad incluso frente a las dificultades físicas y mentales asociadas al envejecimiento (de León Ricardi et al. 2018; Flecha, 2015; Moirangthem & Panda, 2018; Rodríguez et al. 2016). Así, estos resultados permitirían desmitificar la creencia de que a mayor edad disminuiría la percepción de satisfacción de vida y bienestar psicológico.

Respecto del segundo objetivo “Establecer las relaciones existentes entre apoyo social, contar con pareja, sintomatología depresiva y bienestar del adulto mayor de la provincia de Concepción” , el contar o no con pareja no se asocia a menor bienestar psicológico, solo reviste diferencias en el caso de la sintomatología depresiva, siendo mayor en aquellos adultos mayores sin pareja. El apoyo social se asocia a mayor bienestar del adulto mayor; mientras que los síntomas depresivos inciden en menor bienestar. En los análisis multivariados, al incluir sexo, convivir con pareja, apoyo social y sintomatología depresiva como predictores de bienestar se observa que las variables que influyen en la determinación del bienestar son el apoyo social y la sintomatología depresiva.

Respecto a las ausencias de diferencias de sexo en bienestar; si bien, existe evidencia previa concordante, también se ha señalado que hombres y mujeres adultos mayores destacarían en diferentes aspectos constitutivos del bienestar psicológico. Los hombres destacarían en dominio y control del entorno y propósito de vida, mientras que las mujeres mostrarían mayor facilidad en el manejo de relaciones íntimas, por tanto, mayores recursos interpersonales que compensarían pérdidas asociadas a la edad (Cuesta, & Aguado, 2019; Rangel et al. 2014). Autores señalan que las trayectorias asociadas a ser hombres o mujer a través del envejecimiento implican el acceso y uso de recursos diferentes, pero posiblemente efectivos según el sexo, como el contar con mayores redes de apoyo para las mujeres o percibir mayor control del entorno en los hombres. En esta muestra, si bien, las mujeres presentan mayor apoyo social, ello no redundaría en mayor bienestar. Una opción para explicarlo sería que al mismo tiempo presentan mayor sintomatología depresiva.

El contar o no con pareja no influye en mayor o menor bienestar. Una explicación posible sería que, en los adultos mayores, una vez que desaparece la principal fuente de apoyo social, como una pareja estable (por separación o viudez), serían familiares y amistades cercanas a quienes recurrirían los adultos mayores como reemplazo (Gallardo et al. Astray, 2015a; Gyasi et al. 2019). En este estudio la variable pareja fue evaluada solo como dato objetivo, indicando presencia o ausencia de pareja, sin considerar la calidad subjetiva de la misma. Este último aspecto debe ser profundizado al considerar estudios como los realizados por Ryan et al. (2014), quienes detallan que una de las causas influyentes en mayor bienestar psicológico y menor limitación funcional del adulto mayor es la percepción positiva del apoyo recibido por parte de la pareja, y la calidad subjetiva de la relación.

Otro elemento que tendría relación en el bienestar del adulto mayor es la percepción de salud individual y de la salud en la pareja. Se sostiene que a mejor calidad de salud autorreportada y de salud percibida en la pareja, mayor bienestar en el adulto mayor (Ermer & Proulx, 2020; Mayordomo et al. 2016). Así, se debe considerar el impacto que produciría en el bienestar el que uno de los miembros de la relación se convierta en cuidador informal debido a enfermedad, reducción de capacidad física o mental. Esto es investigado más a fondo por Chow y Ho (2015), quienes indican que las personas adultas mayores cuidadoras de sus parejas pueden experimentar mayores niveles de estrés, soledad y depresión; los cuales se relacionan en forma inversa con bienestar. Esta podría ser una de las razones por las cuales no se encontraron diferencias en bienestar entre personas con y sin pareja es la enfermedad en la pareja; ya que podría haber habido parejas

cuidadores, lo que puede disminuir el bienestar de la parte más saludable.

Es de consideración el que las relaciones sociales se encuentran en constante cambio y evolución, lo que implica cambios en la configuración de los componentes familiares y del entorno cercano del adulto mayor. Estas nuevas configuraciones y relaciones implican que, si bien, contar con una pareja estable y familia en la adultez mayor es todavía lo normal, este tipo de relaciones se seguirán modificando, por lo que no deben ser consideradas como las únicas fuentes de apoyo social que puede tener un adulto mayor ni las más significativas; requiriéndose mayores estudios sobre esta realidad cambiante.

El apoyo social resultó ser un predictor relevante del bienestar en la población adulta mayor; lo cual es concordante con la teoría que señala que el apoyo social es uno de los factores predictores más importantes de bienestar y dentro de los recursos más significativos para adulto mayor (Álvarez et al. 2020). Si bien existe la creencia de que las relaciones sociales declinan en calidad y cantidad con los años, algunas investigaciones sostienen que estas son más estables, selectivas, significativas y beneficiosas para la vida de la persona. Cuando las necesidades emocionales y relacionales del adulto mayor no son satisfechas por la pareja o un otro significativo, el individuo buscaría suplir dichas necesidades activando sus redes y núcleos sociales; lo que implica, a su vez, que una pareja puede ser una fuente importante de apoyo, pero no única y exclusiva (Ermer & Proulx, 2020; Mayordomo et al. 2016). La red social entrega calidad de vida material y afectiva, esta última cobrando especial relevancia en los adultos mayores; con la familia aportando mayor apoyo en situaciones de crisis o enfermedades y el apoyo de amistades favoreciendo mayor integración social (Fuentes, 2014). De acuerdo con los hallazgos de

Polizzi y Arias (2014), los adultos mayores serían capaces de mantener redes amplias e incorporar nuevos elementos a sus redes sociales, lo cual supondría mayor bienestar psicológico; la edad no determina insuficiencia de las fuentes de apoyo social. Por lo tanto, el adulto mayor puede contar con fuentes de apoyo social diversas y que recaen en más personas o núcleos sociales. A mayor edad mayor relevancia cobrarían lazos de amistad y compañía, siendo un factor protector (Chen & Feeley, 2014; Garipey et al. 2016). Así, el apoyo social percibido por el adulto mayor podría ser no solo o únicamente su familia y/o pareja.

Respecto de la asociación entre bienestar y sintomatología depresiva, se observa una relación negativa entre ambas, por lo que a menor sintomatología depresiva mayor bienestar; relación que se cumple al analizar los datos de la muestra (Rossi et al. 2019). Estos hallazgos complementan parte de la teoría que señala que el bienestar de los adultos mayores podría mantenerse estable a lo largo de los años a pesar de las dificultades asociadas al envejecimiento (Mayordomo et al. 2016); las personas pueden tendrían diferentes formas de adaptarse psicosocialmente, lo que puede impactar en el bienestar (Rossi et al. 2019, por tanto, si bien bienestar no implica ausencia de sintomatología depresiva, los adultos mayores contarían con recursos personales que les permitirían reducir los efectos negativos de la sintomatología depresiva.

El tercer objetivo buscaba “Determinar el tipo de modulación existente entre sexo, convivencia con pareja, apoyo social y sintomatología depresiva en la determinación del bienestar del adulto mayor”. Los resultados permiten establecer que el apoyo social

funciona como un moderador en la influencia de la sintomatología depresiva sobre el bienestar. Contrario a lo hipotetizado, la presencia o ausencia de pareja no influye en el bienestar de los adultos mayores, y por lo mismo no se observó mediación del apoyo social sobre esta relación.

En los análisis de regresión previos se logró determinar que mayor apoyo social mayor bienestar; mayor sintomatología depresiva menor bienestar. Más relevante aún, se establece que el apoyo social actúa como moderador frente a los efectos negativos de la sintomatología depresiva en el bienestar de los adultos mayores. Poseer redes de apoyo social sólidas y recíprocas, con énfasis en el apoyo familiar, serían factores protectores frente a la aparición de sintomatología depresiva. La ausencia de apoyo social o un adulto mayor asilado socialmente serían factores de riesgo en el deterioro producido por síntomas depresivos.

En estudios previos, quienes señalaron contar con fuentes significativas de apoyo social mostraron menor sintomatología depresiva y menor deterioro funcional que aquellos que no contaban con fuentes significativas de apoyo social (Gallardo et al. 2015b; Gallardo et al. 2018; Stoeckel & Litwin, 2016). Por tanto, contar con fuentes de apoyo social podría significar mejor percepción de integración social y menor percepción de aislamiento o soledad, ambos relacionados con la aparición y sostenimiento de sintomatología depresiva. La percepción de contar con apoyo social significaría la posibilidad de acceder a recursos materiales y afectivos necesarios para enfrentar situaciones de crisis y proteger de posibles afectos negativos y sintomatología depresiva. Asociaciones similares se observan en algunas investigaciones en grupos de adultos mayores de 70 años o más; la

presencia de apoyo social modera los efectos adversos de la sintomatología depresiva en el bienestar del adulto mayor (Adams et al. Lipton, 2016).

### **Conclusión**

La adultez mayor es una etapa que representa nuevos desafíos para la persona, implica cambios y requiere adaptación a nuevas condiciones biológicas, sociales, económicas y relacionales que se presentan con el avance la edad.

Si bien el avance de la edad implica enfrentar deterioros de salud, pérdidas y reajustes derivados del proceso de envejecimiento, sería la propia experiencia vital del adulto mayor lo que le permitiría adaptarse a los nuevos requerimientos y desafíos. Sería la capacidad del adulto mayor para adaptarse estos nuevos requerimientos lo que implicarían mejor percepción de bienestar.

Los resultados de este estudio muestran que, a pesar de la creencia de que el bienestar de las personas empeora con la edad, los adultos mayores de la provincia de Concepción pueden gozar de bienestar a pesar de las dificultades emergentes y que no implica necesariamente dependencia o pérdida de redes sociales de apoyo.

No se observó impacto del sexo o el contar con pareja en el bienestar de las personas mayores. La presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor aparece como uno de los factores que generan mayor sufrimiento y deterioro, con efectos negativo sobre el bienestar. Por el contrario, el apoyo social está asociado a mayor bienestar; mostrándose como factor protector relevante frente al impacto de los síntomas depresivos en el bienestar.

Como limitaciones de esta investigación se puede señalar el no haber evaluado

variables que teóricamente podrían ser factores relevantes para determinar bienestar, tales como: enfermedades y calidad percibida de salud, estrato socioeconómico, entre otros; y, de forma especial, la calidad de la relación de pareja. Al utilizar un paradigma cuantitativo transversal, se evalúa y describe un fenómeno sin manipulación de ningún tipo, tal y como se observa en el ambiente, y sus posibles relaciones existentes; es decir, es posible establecer relación, pero no causalidad. Por lo tanto, los resultados de esta investigación deben ser considerados como una muestra que permite caracterizar la asociación entre variables que afectan el bienestar de una población de adultos mayores y no determina cuál de las variables asociadas es causa o consecuencia. Una de sus fortalezas es la representatividad de la muestra de la población adulta mayor consultantes de atención primaria de la provincia de Concepción, por su carácter aleatorizado por racimos.

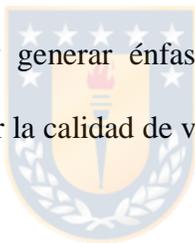
Futuras investigaciones podrían centrar su foco en delimitar aspectos subjetivos del bienestar propios de los adultos mayores a través de métodos cualitativos. La evidencia sugiere que entre los adultos mayores prevalece la búsqueda de significado o propósito mayor de vida; sin embargo, conocer cómo el adulto mayor vive y percibe esta búsqueda frente a los desafíos propios del proceso de envejecimiento podría revelar nuevas dimensiones para entender la configuración del bienestar en este grupo etario.

Además, evaluar la calidad percibida de las relaciones de pareja o de las relaciones íntimas que establece el adulto mayor con un otro significativo puede implicar nuevas áreas de investigación. Establecer cuáles son las características que el adulto mayor prioriza al momento de evaluar y conceder importancia a un otro, podría entregar mayor comprensión de la subjetividad y su importancia para establecer relaciones sociales que nutran y

beneficien a los adultos mayores. Evaluar la sola presencia o ausencia de un otro significativo pareciera resultar insuficiente para determinar bienestar ni ser la principal fuente de apoyo social.

Estos resultados serían útiles para comprender, promover y establecer comportamientos y estilos de vida que generen mayor bienestar de las personas durante el proceso de envejecimiento y en la adultez mayor. A su vez que prevenir el deterioro en salud mental de una población en crecimiento.

Los resultados de la presente tesis de investigación pueden ser aplicados para complementar la teoría respecto de variables asociadas al bienestar del adulto mayor, con el fin de diseñar estrategias y generar énfasis en el diseño de políticas nacionales orientadas a promover y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.



## Referencias

- Acosta, C. O., Tánori, J. Q., García, R. F., Echeverría, S. B., Vales, J. J., & Rubio, L. R. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud, 27*(2), 179-188.
- Acosta, L. D. (2019). Factores asociados a la satisfacción vital en una muestra representativa de personas mayores de argentina. *Hacia la Promoción de la Salud, 24*(1), 56-69.
- Adams, T. R., Rabin, L. A., Da Silva, V. G., Katz, M. J., Fogel, J., & Lipton, R. B. (2016). Social support buffers the impact of depressive symptoms on life satisfaction in oldage. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 139-157.
- Agis, R. A., López, D., Bermúdez, V. H., Maya, E., & Guzmán, E. (2020). Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horizonte Sanitario, 19*(3), 365-373.
- Ahn, S., Kim, S., & Zhang, H. (2017). Changes in depressive symptoms among older adults with multiple chronic conditions: Role of positive and negative social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(1), 16.
- Alvarado García, A. & Salazar, M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62.
- Alvarez, P. L., Lagos, J. P., & Urtubia, Y. A. (2020). Percepción de bienestar psicológico y apoyo social percibido en adultos mayores. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia, 20*(20), 37-60.

- Andrade, A., Duarte, J., Cruz, C., Albuquerque, C., & Chaves, C. (2019). Inteligência emocional em idosos portugueses. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 4(1), 331-338.
- Apablaza, M. & Vega, F. (2018). Contexto demográfico global y chileno. Situación de la población adulto mayor. *Conocimiento e Investigación en Personas Mayores (CIPEM)*. Universidad del Desarrollo. Facultad de Gobierno.
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2017). Bienestar hedónico y eudaimónico en la vejez a través de estudios psicológicos positivos: una revisión de alcance. *Anales de Psicología*, 33(3), 568-577.
- Arias, C. J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós: Gerontología*, 16(4), 313-329.
- Arias, C. J. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontología*, 18, 149-172.
- Arias, C. J., Polizzi, L., & Pantusa, J. (2015). los vínculos que brindan apoyo en la vejez. diferencias por género. In *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (p. 18).
- Aslan, J., Cova, F., Saldivia, S., Bustos, C., Inostroza, C., Rincón, P., Ortiz, C. & Bühring, V. (2020). Psychometric Properties of the Patient Health Questionnaire-9 in Elderly Chilean Primary Care Users. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1259.
- Asociación Médica Mundial (2019). Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado desde <http://repositorio.mederi.com.co/bitstream/handle/123456789/386/Declaracion->

[Helsinki-2013-Esp.pdf?sequence=1](#)

- Aveleyra, E., & García, S. (2015). Factores de riesgo y funcionamiento cognitivo en el envejecimiento saludable. *Inventio. La Génesis de la Cultura Universitaria en Morelos*, 11(23), 33-41.
- Batistoni, S. S., Ordonez, T. N., Silva, T. B., Nascimento, P. P., Kissaki, P. T., & Cachioni, M. (2011). Depressive symptoms in elderly participants of an open university for elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(2), 85-92.
- Bejines, M., Velasco, R., García, L., Barajas, A., Aguilar, L. M. & Rodríguez, M. L. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 9-15.
- Bernal, J. G., & de la Fuente Anuncibay, R. (2017). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 7(1), 121-130. doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.783
- Brown, S. L., & Wright, M. R. (2017). Marriage, cohabitation, and divorce in laterlife. *Innovation in Aging*, 1(2), 1-11.
- Calero, S., Klever, T., Caiza, M., Rodríguez, A. & Analuiza, E. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 366-374.
- Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista*

*Médica de Chile*, 146(3), 315-322.

Cardona, J. A., Giraldo, E., & Maya, M. A. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médicas UIS*, 29(1), 17-27.

Carmona, S. E. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 3(8), 393-401.

Caviedes, E. A. (2017). Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield. *Revista Científica Alas Peruanas*, 3(1).

Cerquera, A. M., & Quintero, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 2(45), 173-180.

Cervantes, R. G. B., Villarreal, E. R., Galicia, L. R., Vargas, E. R. D., & Martínez, L. G. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 47(6), 329-335.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>

Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the health and retirement study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161.

Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161.

- Chomalí, C., Espinosa, C., Galdames, M., & Marín, L. (2015). La Depresión Menor: ¿Es un concepto menor?. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 23-33.
- Chow, E. O. W., & Ho, H. C. (2015). Caregiver strain, age, and psychological well-being of older spousal caregivers in Hong Kong. *Journal of Social Work*, 15(5), 479-497.
- Cohrdes, C., & Bretschneider, J. (2018). Can social support and physical activity buffer cognitive impairment in individuals with depressive symptoms? Results from a representative sample of young to older adults. *Journal of Affective Disorders*, 239, 102-106.
- Cortés, C., Cardona, D., Segura, Á., & Garzón, M. (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Antioquia, Colombia, 2012. *Revista de Salud Pública*, 18, 167-178.
- Cortese, R., & Canales, M. M. F. (2018). Estudio del bienestar psicológico, emocional y social en la vejez: Study of well-being psychological, emotional or social in old age. *Revista ConCiencia EPG*, 3(1), 101-115.
- Criciúma, Santa Catarina. *Inova Saúde*, 6(2), 35-49. doi:10.18616/is.v6i2.3439
- Cuadra, A., Cáceres, E. F. M., & Guerrero, K. J. S. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 56-67.
- Cuello, M. I. (2018). Evaluación de las tres rutas de acceso al bienestar. Una comparación entre jóvenes y adultos mayores de CABA. In *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de*

*Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.*

Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Cuenca, M., & del Valle, R.S.S. (2016). La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 79-84.

Cuesta, M. H. B., & Aguado, M. P. Q. (2019). Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(1), 21-29.

de León Ricardi, C. A., Méndez, M. G., & Aragón, S. R. (2018). Escala de bienestar psicológico para adultos mayores: Construcción y validación. *Psicología Iberoamericana*, 26(2), 8-16.

de Lima Silva, V., de Medeiros, C., Guerra, G., Ferreira, P., de Araújo Júnior, R. F., de Araújo Barbosa, S. J., & de Araújo, A. A. (2017). Quality of Life, Integrative Community Therapy, Family Support, and Satisfaction with Health Services Among Elderly Adults with and without Symptoms of Depression. *The Psychiatric Quarterly*, 88(2), 359–369. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9453-z>

Del Valle, M. V., Hormaechea, F., & Urquijo, S. (2015). El bienestar psicológico: diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), 6-13.

Delfino, G., Botero, C., & González, F. (2019). Una escala corta de bienestar: el índice de felicidad de Pemberton aplicado a la población adulta de Buenos Aires. *Facultad de Investigaciones-UBA/Secretaría de Investigaciones/Anuario de*

*Investigaciones*, (26). 115-122.

Djukanović, I., Sorjonen, K., & Peterson, U. (2015). Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging & Mental Health*, 19(6), 560-568.

Dominguez, S., & Navarro, J. S. (2018). Revisión de metodologías empleadas en los estudios factoriales de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión en español). *Revista Evaluar*, 18(2), 17-30.

Ermer, A. E., & Proulx, C. M. (2020). Social support and well-being among older adult married couples: A dyadic perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(4), 1073-1091.

Fernández, G., Schettini, R., Sánchez, M., Rojo, F., Agulló, M., y Joao, M. (2018). El papel del género en el buen envejecer. Una revisión sistemática desde la perspectiva científica. *Prisma Social*, 21, 150-176.

Fernández, J. J., & García, J. M. (2017). Mediation analysis with the PROCESS macro for SPSS. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 10(2), 79.

Ferrada, L., & Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 123-130.

Fierro, L., Simón, P., Ponce, R. M., & Arenas, R. (2018). Dermatologists happiness and satisfaction. *Gaceta Medica de Mexico*, 154(1), 26-35.

Flecha, A., C. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (25), 319-341

Fuentes, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes

- hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Gallardo, L. P., Sánchez, E., Barrón, A., & Arias, A. (2015b). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(3), 1018-1029.
- Gallardo, L. P., Sánchez, E., De Roda, A. B. L., & Astray, A. A. (2015a). Ethnicity, social support, and depression among elderly Chilean people. *The Journal of psychology*, 149(6), 601-629.
- Gallardo, L., & Sánchez, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 38(2), 169-187.
- Gallardo, L., Jorquera, I. C., Morán, M. P., & Quiroz, B. U. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*, (49).
- García, F. G., & Angulo, J. (2016). Análisis de rasgos de personalidad positiva y bienestar psicológico en personas mayores practicantes de ejercicio físico vs no practicantes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1), 113-122.
- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del Pensamiento*, 8(16), 13-29.
- Garipey, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallee, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The*

*British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284-293.

Gilles, I., Clemence, A., Courvoisier, N., & Sanchez, S. (2015). Social support, social and temporal comparisons protect well-being and health between 45 and 70 years old in four urban communities. *Journal of Aging Science*, 3(1). doi.org/10.4172/2329-8847.1000133

Giménez, M. R., López, M. P., Urda, A. I., & Collazos, J. F. (2015). Hábitos de alimentación, salud y género en personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 31-40.

González, J. A., Veray, J., & Rodríguez, A. R. (2017). Diferencias sociodemográficas en el bienestar psicológico de adultos puertorriqueños: Un estudio preliminar. *Revista Griot*, 10(1), 15-27.

González-Celis, A. L., & Lima, L. (2017). Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5(15).

Granados, R. (2016): Modelos de regresión lineal múltiple. *Documentos de Trabajo en Economía Aplicada*. Universidad de Granada. España. Recuperado desde [http://www.ugr.es/~montero/matematicas/regresion\\_lineal.pdf](http://www.ugr.es/~montero/matematicas/regresion_lineal.pdf)

Gyasi, R. M., Phillips, D. R., & Abass, K. (2019). Social support networks and psychological wellbeing in community-dwelling older Ghanaian cohorts. *International Psychogeriatrics*, 31(7), 1047-1057.

Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., ... & Stein, J. (2016). Gender differences in the effect of social support on health-related

- quality of life: results of a population-based prospective cohort study in old age in Germany. *Quality of Life Research*, 25(5), 1159-1168.
- Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2014). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 67(3), 451-470.
- Hermida, P. D., Tartaglino, M. F., & Stefani, D. (2016). Actitudes y significados acerca de la jubilación: Un estudio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores. *Liberabit*, 22(1), 57-66.
- Hernández, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México D.F, México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6). México D.F, México: McGraw-Hill /Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Herrera, M. S., Elgueta, R. P., & Fernández, M. B. (2014). Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Revista de Saude Publica*, 48, 739-749.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 66.
- Ho, H. C., Yeung, D. Y., & Kwok, S. Y. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187-197. doi.org/10.1080/17439760.2014.888577

- Jiménez, B., Baillet, L. E., Ávalos, F., & Campos, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129-133.
- Jiménez, M.G., Izal, M. & Montorio, I. (2016) Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 2(3), 51-59.
- Josefsson, K., Andersson, M., & Erikstedt, A. (2016). Older adults' self-rated health and differences by age and gender: A quantitative study. *Healthy Aging Research*, 5(5).
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., & Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24(1), 14-17.
- Laguna, C. (2014). Correlación y regresión lineal. *Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud*, 4, 1-18.
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging*, 30(1), 180–193. <https://doi.org/10.1037/a0038586>
- Lampert, M. (2017). Evolución del concepto de género: Identidad de género y la orientación sexual. In *Santiago de Chile: Biblioteca del congreso nacional de Chile*.
- Lasagni, V. X., Tuzzo, M. D., Aristizábal, N., Bernal, R. A., Heredia, D. C...(2014). Viudez y vejez en América Latina. *Revista Kairós: Gerontología*, 17(1), 9-26.
- Lee, B., & Howard, E. P. (2019). Physical activity and positive psychological well-being

- attributes among US latino older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 45(6), 44-56.
- Lee, E. S., & Zhang, Y. (2018). Religiosity as a protective factor of psychological well-being among older black, white and asian christians in the United States. *Ageing International*, 43(3), 321-335. <https://doi.org/10.1007/s12126-017-9319-1>
- Leiton, Z. E. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 139-141.
- Ley N° 19.828. Diario oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 16 de Septiembre de 2002.
- Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PloS one*, 9(3).
- Lippert, A. K., de Souza Fernandes, F., Jerônimo, R. N. T., & Gomes, K. M. (2017). Avaliação de depressão, ansiedade e nível cognitivo em idosos de uma instituição no município de Criciúma, Santa Catarina. *Inova Saúde*, 6(2), 35-49.
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758.
- Lizcano, D., Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Agudelo-Cifuentes, M.C., & Muñoz, D. (2020). Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. 2016. *Revista CES Psicología*, 13(2), 144-165.
- Llanes, H., López, Y., Vásquez, J. & Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas*, 21(1), 65-74.

- López, J. D., & Díaz, M. C. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), 085.
- Lopez, R. M. (2013). Trastornos del ánimo. Depresión, ansiedad, apatía. Sueño y envejecimiento. Trastornos del sueño. (1.<sup>a</sup> ed.). *Manual de Buena Práctica en Cuidados a las Personas Mayores* (pp. 295-318). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid.
- Loredo, M. T., Gallegos, R. M., Xequé, A. S., Palomé, G., & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165.
- Machado, R. L., Bazán, M. A., & Izaguirre, M. (2014). Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *Medisan*, 18(2), 158-164.
- Maldonado, M. (2015). Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores viviendo en pobreza. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1815-1830.
- Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., & Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging & Mental Health*, 21(4), 389-398.
- Martínez, A., Fernández, E., & Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 23-33.
- Martínez, O. B., Camarero, O. F., González, C. I., & Martínez, L. B. (2016). Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Revista de*

*Ciencias Médicas*, 22(1), 30-41.

Martínez, T., González, C., Castellón, G., & González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.

Maske, U. E., Busch, M. A., Jacobi, F., Beesdo-Baum, K., Seiffert, I., Wittchen, H. U., ... & Hapke, U. (2015). Current major depressive syndrome measured with the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI): results from a cross-sectional population-based study of adults in Germany. *Biomedical Center (BMC) Psychiatry*, 15(1), 77.

Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112.

Meggiolaro, S., & Ongaro, F. (2015). Life satisfaction among older people in Italy in a gender approach. *Ageing & Society*, 35(7), 1481-1504.

Méndez, M. D., Silva, N., Palomo-Vélez, G., da Costa, S., & Páez, D. (2015). Factores psicosociales del bienestar y la creatividad en una muestra de trabajadores de la región centro sur de Chile. En M.A. Bilbao, D. Páez & J.C. Oyanadel (Eds.) *La felicidad de los chilenos: Estudios sobre bienestar* (pp. 215-236). Santiago de Chile: RiL Editores.

Mesa, M., Pérez, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 115-124. doi: 10.1590/1413-81232018241.35302016

- Miller, S. J. (2018). *Enseñando, afirmando y reconociendo a jóvenes trans\*+ y de género creativo*. Santiago de Chile: Chile. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Ministerio de Salud (2019). Manual de geriatría para médicos. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. <https://tinyurl.com/y9tvob7h>
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Ministerio de Salud. (2013). *Ministerio de Salud. Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión*. Recuperado desde: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>
- Ministerio de Salud. (2019). *Actualización Manual de Geriatría para Médicos 2019*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
- Ministerio de Salud. Manual de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. MINSAL (2008).
- Moirangthem, S., & Panda, S. (2018). Happiness across Age Groups: Findings Based on Three Measures. *International Journal of Health Sciences & Research*, 8(10), 15-25.
- Montero, M. P., Giménez, M. R. L., Cantero, P. A., & Mora, A. I. (2015). Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 55-63.
- Montero, R. G. (2016). Modelos de regresión lineal múltiple. *Granada, España: Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada*.

- Navarro, E., Calero, M. D., & Calero, M. J. (2015). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 267-277. doi:10.1989/ejihpe.v4i3.74
- Nguyen, A. W., Chatters, L. M., Taylor, R. J., & Mouzon, D. M. (2016). Social support from family and friends and subjective well-being of older African Americans. *Journal of Happiness Studies*, 17(3), 959-979. doi: 10.1007/s10902-015-9626-8
- Nina, R. (2017). Cuando las parejas envejecen: calidad de la relación marital. *Revista Kairós: Gerontología*, 20(4), 73-89.
- Nojabae, A., Reza, A. S., Reza, S. M., Negar, A. & Samira, M. (2018). Effect of flourishing promotion program on social health in the elderly. *Evidence Based Care Journal*, 8(2). 39-48. doi: 10.22038/ebcj.2018.30277.1749
- Noriega, C., Velasco, C., Pérez, G., Carretero, I., Chulián, A., & López, J. (2017). Calidad de Vida, Bienestar Psicológico y Valores en Personas Mayores Quality of Life, Well-Being and Values in older people. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(e1), 1-13.
- Oddone, M. J. (2014). El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. *Plan Fénix; Voces en el Fénix*; 36(7); 82-90. Recuperado desde <http://hdl.handle.net/11336/35884>
- Okabayashi, H., & Hougham, G. (2014). Gender differences of social interactions and their effects on subjective well-being among Japanese elders. *Aging & Mental*

*Health*, 18(1), 59-71.

Oluwagbemiga, O. (2016). Effect of social support systems on the psychosocial well-being of the elderly in old people's homes in Ibadan. *Journal of Gerontol Geriatr Research*, 5(343), 2.

Orang S., Hashemi, H. & Ramshini M. (2018). Investigating the meaning of life and psychological well-being, in youth, adults, and elderly (a comparative study of three age groups). *Iranian Journal of Ageing*. 13(2), 182-197.  
doi.org/10.32598/sija.13.2.182

Organización Mundial de la Salud (2018). *Envejecimiento y salud*. Recuperado desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

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

Oriol, X., Molina, V., da Costa, S., & Páez, D. (2015). Regulación afectiva y bienestar en ámbito deportivo: Validación de las escalas de heterorregulación y su relación con bienestar y eficacia colectiva. En M.A. Bilbao, D. Páez & J.C. Oyanadel (Eds.) *La Felicidad de los chilenos: Estudio sobre bienestar* (pp. 49-66). Santiago de Chile: RiL Editores.

Osler, M., Bruunsgaard, H., & Lykke Mortensen, E. (2015). Lifetime socio-economic position and depression: an analysis of the influence of cognitive function, behaviour and inflammatory markers. *European Journal of Public Health*, 25(6), 1065–1069. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv134>

- Osorio, P., Segue, A. G., & Jorquera, P. (2014). Configuración de redes sociales en personas mayores viudas en Chile. *Sociedade e Cultura*, 17(1), 29-40.
- Otero, I., López, Y., Matos, A., & Díaz, F. (2017). Bienestar psicológico en adultos mayores que conviven en familias extensas. *Geroinfo*, 12(3), 1-22.
- Paiva, B., de Camargos, M., Demarzo, M., Hervás, G., Vázquez, C., & Paiva, C. (2016). The pembedton happiness index: validation of the universal portuguese version in a large brazilian sample. *Medicine*, 95(38).
- Palma, O., Hueso, C., Ortega, A., Montoya, R. & Cruz, F. (2016). Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile. *Revista Médica de Chile*, 144(10), 1287-1296.
- Paredes, Y. V., & Aguirre, D. C. (2016). Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(3), 26-38.
- Paredes, Y. V., Yarce, E., & Aguirre, D. C. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(1), 114-128. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- Paredes, Y., Yarce, E., Rosero, M., & Rosas, G. (2015). Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicanade Neurociencia*, 16(1), 30-39.
- Pavón, M., & Arias, C. (2013). La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia*

*Psicológica*, 5(2), 74-80.

Pérez, R., Martín, M. & Riquelme, A. (2017). Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(3).

Pinto, C., Lara, R., Espinoza, E., & Montoya, P. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet en personas mayores de Atención Primaria de Salud. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 85-89.

Polizzi, L., & Arias, C. J. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos. *Pensando Psicología*, 10(17), 61-70.

Ponce, C., Viteri, L., Ramos, P., Nieto, W. & Cueva, J. (2020). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en adultos mayores del centro de salud “Micaela Bastidas” Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 233-239.

Ponce-Torres, C., Viteri-Condori, L., Ramos-Martínez, P., Nieto-Gutiérrez, W., & Cueva-Velazco, J. (2020). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en adultos mayores del centro de salud “Micaela Bastidas” Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 233-239.

Quiroz, C. O. A., Quintana, J. T., Flores, R. G., Castro, S. B. E., García, J. J. V., & Rubio, L. R. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 27(2), 179-188.

Raj, A. & Kumar, P. (2019). Aging and positive mental health: A brief overview. *Indian Journal of Health Social Work*. 1 (1). Recuperado desde:

<https://www.researchgate.net/publication/330288986>

- Ramalho, A., Sgnaolin, V., López, E., Loureiro, F., Engroff, P., & Gomes, I. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66, 45-51.
- Ramos, A., Thomson, D. & Mazzuccheli, N. (2018). Envejecimiento, género y sexualidad. *Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 4(2), 8-23.
- Ramos, F. P., Silva S. C. da, Freitas D. F. de, Gangussu L. M. B., Bicalho A. H., Sousa B. V. de O., Rametta Z. M. de J., Rametta F. de J., Rametta F. de J., Rametta L. P. M., Nascimento C. I. C., Santos S. H. S., & Guimarães T. A. (2019). Fatores associados à depressão em idoso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (19), e239. <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>
- Ramos, I. M. O., Mesa, Y. L., Matos, A. M., & Rosell, F. A. D. (2017). Bienestar psicológico en adultos mayores que conviven en familias extensas. *Geroinfo*, 12(3), 1-22.
- Rangel, A. L. G. C., Becerra, M. C., & Alvarez, R. T. (2014). Calidad de vida y adaptación psicológica en una muestra de ancianos que habitan en la ciudad de México. *Memorialidades*, 8(16), 29-53.
- Rathore, J. S., Jehi, L. E., Fan, Y., Patel, S. I., Foldvary-Schaefer, N., Ramirez, M. J., ... & Tesar, G. E. (2014). Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 37, 215-220.

- Restrepo, A. E., Arango, D. C., Cardona, Á. M. S., Molina, J. O., Gómez, J. J. O., & Maya, L. M. C. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Ribeiro, B., de Camargos, M., Piva, M., Hervás, G., Vázquez, C., & Paiva, C. E. (2016). The Pemberton happiness index: validation of the universal Portuguese version in a large Brazilian sample. *Medicine*, 95(38).
- Rodríguez, M. T., Cruz, F., & Pérez, M. N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 36-40.
- Rodríguez, M., H., Díaz, M. E., Martín, A. M. T., Henríquez, I. L., & Rodríguez, R. (2016). Variables socioemocionales y bienestar psicológico en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 21-36.
- Roh, S., Lee, Y. S., Lee, K. H., Shibusawa, T., & Yoo, G. J. (2015). Friends, depressive symptoms, and life satisfaction among older Korean Americans. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(4), 1091-1097.
- Romero, M. S. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(3), 114.
- Rosa, Y., Negrón, N., Maldonado, Y., Quiñones, A., & Toledo, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43.
- Rosales, R. C., García, R. L. C., & Quiñones, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*, 18(1), 61-67.
- Rossi, J. L., Jiménez, J. P., Barros, P., Assar, R., Jaramillo, K., Herrera, L., Quevedo, Y.,

- Botto, A., Leighton, C. & Martínez, F. (2019). Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Médica de Chile*, 147(5), 579-588.
- Ryan, L. H., Wan, W. H., & Smith, J. (2014). Spousal social support and strain: Impacts on health in older couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(6), 1108-1117.
- Salavera, C., & Usán, P. (2019). Propiedades psicométricas del cuestionario QEWB de bienestar eudaimónico en adolescentes. *Educational Psychology*, 25(2), 139-146.
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(1), 53-60.
- Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29.
- Sánchez, C. C., Madrid, G. G., Flores, M., Hernández, F. J. B., Reyes, A. T., & López, M. Á. Z. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 321-327.
- Sandoval, K., García, M., & Luis. (2019). Pérdidas a lo largo del ciclo vital en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 29(1), 79-90.
- Sanjuán, P., & Ávila, M. (2016). Afrontamiento y motivación como predictores del bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 1-10.
- Santana, A. R. (2016). Influencia de la actividad física en el bienestar psicológico del

- mayor. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2),301-306.
- Santos, D., Polidoro, M., Gibbon, C., Rossi, T., Reiman, R., & Quarti, T. (2020). Avaliação de Bem-Estar Psicológico e Sintomas Depressivos em Idosos Saudáveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(1), 187-204.
- Santos, D., Polidoro, M., Gibbon, C., Rossi, T., Reiman, R., & Quarti, T. (2020). Avaliação de Bem-Estar Psicológico e Sintomas Depressivos em Idosos Saudáveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(1), 187-204.
- Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drossaert, C. H., Westerhof, G. J., De Graaf, R., Ten Have, M... (2016). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1351-1370.
- Schwarzbach, M., Luppá, M., Forstmeier, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life—a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1-21.
- Segerstrom, S. C., Jones, A. C., Scott, A. B., & Crofford, L. J. (2016). Daily goals and psychological well-being in midlife and older women: Physical pain interacts with goal conflict. *Research in Human Development*, 13(4), 328-341. doi:10.1080/15427609.2016.1234306.
- Segura, S., Aguilar, J.M. & Lorenzo, J. J. (2011). Envejecimiento activo y psicología positiva de la vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*,4(1). 127-132.

- Serdio, C. S. (2015). Educación y envejecimiento: Una relación dinámica y en constante transformación. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, 18(2), 237-255. doi: 10.5944/educXX1.14017
- Serra, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. doi: 10.14718/ACP.2015.18.1.12
- 12 sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(1), 45-51.
- Soria, R., Soriano, M., Lara de Jesús, N., & Mayen, A. (2018). Depresión en adultos mayores. Diferencias entre sexos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 682-697.
- Soria, Z., & Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*, 23(93), 59-93.
- Stange, I. E., Ortega, A. C., Moreno, A. S., & Gamboa, C. E. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología para América Latina*, (29), 7-22.
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *National Institutes of Health, Lancet*, 385(9968), 640.
- Stoeckel, K., J & Litwin H. (2016). The impact of social networks on the relationship between functional impairment and depressive symptoms in older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(1):39-47. doi: 10.1017/S1041610215000538.
- Stokes, J. E. (2017). Marital quality and loneliness in later life: A dyadic analysis of older

- married couples in Ireland. *Journal of Social and Personal Relationships*, 34(1), 114-135.
- Tarqui, C., Alvarez, D., Espinoza, P., & Gomez, G. (2014). Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31, 467-472.
- Tatangelo, G., McCabe, M., Campbell, S., & Szoeki, C. (2017). Gender, marital status and longevity. *Maturitas*, 100, 64-69.
- Tsuboi, H., Hirai, H., & Kondo, K. (2016). Giving social support to outside family may be a desirable buffer against depressive symptoms in community-dwelling older adults: Japan gerontological evaluation study. *BioPsychoSocial Medicine*, 10(1), 1-11.
- van Tilburg, T., & Suanet, B. (2019). Unmarried older people: Are they socially better off today?. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), 1463-1473.
- Vargas, S. R., & Melguizo, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19, 549-554.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.
- Wicke, F. S., Güthlin, C., Mergenthal, K., Gensichen, J., Löffler, C., Bickel, H., ... & König, H. H. (2014). Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. *BioMed Central, Family Practice*, 15(1), 62.
- Wright, M. R., & Brown, S. L. (2017). Psychological well-being among older adults: The

role of partnership status. *Journal of Marriage and Family*, 79(3), 833-849.

Zapata, B., Delgado, N., & Cardona, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17, 848-860.



## Anexos

### 1. Consentimientos Informados, Servicios de Salud Concepción y Talcahuano.



Universidad de Concepción  
Facultad de Medicina



Folio N° \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Grupo de intervención y control)



Estimado(a) Usuario(a):

Este documento le entregará toda la información que necesita para decidir su participación, de manera libre y voluntaria, en el estudio que le presentamos.

El estudio titulado "Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud", será realizado por los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental y de Psicología de la Universidad de Concepción y financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico – FONDECYT, Proyecto N° 1171732. La Investigadora Responsable por este estudio es la Dra. Sandra Saldivia, Rut: 8.329.095 - 1, psicóloga y académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. El ámbito territorial de la investigación comprende los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las comunas de Chiguayante, Concepción, Talcahuano y Hualpén.

A continuación, se presenta información sobre el estudio. Le solicitamos pueda leerla con detención y en caso de dudas, realizar las consultas que estime conveniente con total libertad.

#### OBJETIVO DEL ESTUDIO.

Este estudio tiene por objetivo diseñar, implementar y evaluar una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud (CESFAM)

Usted está invitado/a a participar por ser usuario de un CESFAM y tener una edad entre 65 y 80 años. Se invitará a participar a todos los usuarios y quienes acepten, y cumplan las condiciones del estudio, serán asignados al azar a uno de dos grupos: Grupo 1 y Grupo 2. Ambos grupos recibirán la misma intervención, no obstante, un grupo la recibirá primero, entre los meses de agosto y diciembre de este año, y el segundo, ocho meses más tarde, a partir de agosto del 2019.

Su participación en esta investigación implica tener disponibilidad para:

- Permitirnos acceder a los resultados de su Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EPAM);
- Participar de un taller de 9 (nueve) sesiones grupales distribuidas en 12 (doce) semanas, incluyendo de 10 a 12 personas por grupo, actividad que se realizarán en el mismo Centro de Salud Familiar

1



(CESFAM) donde usted se atiende. Cada sesión durará aproximadamente 2 horas, incluyendo 30 (treinta) minutos de actividad social. La frecuencia de las ocho primeras sesiones es semanal y la última se realiza quince días más tarde, por lo que la duración total del programa es de aproximadamente tres meses. Estas sesiones utilizarán diversas técnicas (juegos, meditación, conversación, actividades físicas básicas) para entregar información y compartir experiencias acerca de las características y desafíos de esta etapa de la vida. Se usará la reflexión grupal para elaborar y analizar lo presentado.

- Responder un conjunto de ocho cuestionarios breves en tres ocasiones distintas, durante un período de tiempo de doce meses. Cada una de estas tres aplicaciones durará aproximadamente 30 (treinta) minutos y serán realizadas en su domicilio o en un lugar a convenir con usted.

Todas estas actividades estarán a cargo de la Investigadora Responsable, Dra. Sandra Saldivia.

#### **BENEFICIOS.**

Su participación permitirá profundizar en el conocimiento sobre intervenciones efectivas para prevenir la ansiedad y depresión en las personas mayores usuarias de CESFAM. La intervención puede ayudarlo directamente a usted, mejorando su habilidad para relacionarse con otras personas, integrándolo a grupos de personas en edades similares a la suya, o permitiéndole aprender a resolver más fácilmente problemas de la vida cotidiana.

#### **RIESGOS.**

Los riesgos de esta intervención son mínimos, siendo similares a los de la realización de actividades cotidianas. Sin embargo, en el caso que se produjese alguna molestia psicológica producto de la intervención, se le brindará la atención requerida por un psicólogo.

#### **CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES.**

Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sean los de este estudio. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, esa información se manejará de forma anónima. Estos datos serán guardados por la Investigadora Responsable. Así también se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por Usted.





#### PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA.

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No hay costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación. Cuando usted deba concurrir a su CESFAM por una actividad asociada al proyecto, así como cuando asista al taller, le será cancelado el costo de traslado (pasajes).

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de la investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, Usted no pierde ningún derecho que le asiste.

Si Usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

#### RESULTADOS.

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en que serán publicados, resguardados por la Investigadora Responsable.

Las publicaciones generadas a partir de este proyecto, mantendrá el anonimato de la identidad de todas las personas e instituciones participantes.

Usted tiene derecho a ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

#### PREGUNTAS

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en el estudio, puede comunicarse con la Investigadora Responsable, Dra. Sandra Saldivia, al 41 220 4299 o al correo electrónico ssaldivi@udec.cl; también puede comunicarse con la Dra. M. Antonia Bidegáin, Presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, al teléfono 41 272 2745, o con el Dr. José Becerra A., Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, al teléfono 41 220 4302.

Si Ud. acepta participar del estudio **"Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud"**, rogamos firmar el Acta de Consentimiento que sigue.





Universidad de Concepción  
Facultad de Medicina



**ACTA DE CONSENTIMIENTO**

Acepto participar de manera libre y voluntaria en el estudio **"Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud"**, sobre la base de que he entendido que:

- a) Mi participación es libre y voluntaria.
- b) No hay ningún riesgo relevante para mí, identificable, en relación a este estudio".
- c) No hay costos ni incentivos económicos para mí por participar en esta investigación.
- d) Cuando deba concurrir al CESFAM por una actividad asociada al proyecto, me será cancelado el costo de traslado (pasajes).
- e) Me podré retirar de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique de ninguna forma.
- f) La información que entrego será confidencial y estará resguardada por la investigadora responsable dentro de su oficina ubicada en la Universidad de Concepción en un espacio con llave especialmente adaptado para ello.
- g) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.
- h) Puedo hacer las preguntas necesarias para estar informado acerca de mi participación en este estudio.

Este documento se firmará en dos ejemplares, siendo una copia para Usted y otra para el Investigador Responsable.

_____	_____	____/____/____
Nombre del Participante	Firma	Fecha
_____		3 / 7 / 2018
Dra. Sandra Saldivia Investigadora Responsable	Firma	Fecha
_____	_____	____/____/____
Nombre Director del CESFAM Ministro de Fe	Firma	Fecha

Versión 2.0 – marzo 2018.

"Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud". Investigador Responsable: Prof. Sandra Saldivia Borquez





Folio N° \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(Grupo de intervención y control)**

**Estimado(a) Usuario(a):**

Este documento le entregará toda la información que necesita para decidir su participación, de manera libre y voluntaria, en el estudio que le presentamos.

El estudio titulado "Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud", será realizado por los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental y de Psicología de la Universidad de Concepción y financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico – FONDECYT, Proyecto N° 1171732. La Investigadora Responsable por este estudio es la Dra. Sandra Saldivia, Rut: 8.329.095 - 1, psicóloga y académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. El ámbito territorial de la investigación comprende los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las comunas de Chiguayante, Concepción, Talcahuano y Hualpén.

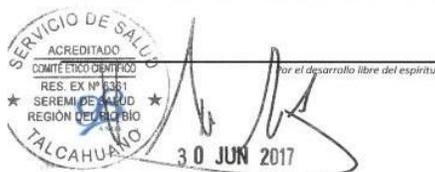
A continuación se presenta información sobre el estudio, le solicitamos pueda leerla con detención y en caso de dudas, realizar las consultas que estime conveniente con total libertad.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

Este tiene por objetivo diseñar, implementar y evaluar una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud.

La invitación a participar de esta investigación científica es en razón de su condición de usuario de un CESFAM que está dentro del grupo de personas con edades entre 60 y 80 años. Se invitará a participar a todos los usuarios y quienes acepten serán asignados al azar a uno de dos grupos: Grupo 1 y Grupo 2. Ambos grupos recibirán la misma intervención, no obstante un grupo la recibirá primero y el segundo, ocho meses más tarde.

Su participación en esta investigación implica tener disponibilidad para:





- Permitirnos acceder a los resultados de su Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EPAM);
- Participar de un taller de 12 (doce) sesiones grupales (de 10 a 12 personas por grupo) que se realizarán en el mismo Centro de Salud Familiar (CESFAM) donde usted se atiende. Estas sesiones utilizarán diversas técnicas (juegos, meditación, conversación, actividades físicas básicas), para entregar información y compartir experiencias acerca de las características y desafíos de esta etapa de la vida. Se usará la reflexión grupal para elaborar y analizar lo presentado.
- Responder un set de cinco cuestionarios breves y distintos en tres ocasiones distintas durante un periodo de tiempo de doce meses, lo que durará aproximadamente 30 (treinta) minutos en total y serán aplicados en su domicilio o en un lugar a convenir con usted.

Todas estas actividades estarán a cargo de la Investigadora Responsable, Dra. Sandra Saldivia.

#### **BENEFICIOS.**

Su participación permitirá profundizar en el conocimiento de intervenciones efectivas para prevenir la ansiedad y depresión en las personas mayores, usuarias de CESFAM.

#### **RIESGOS.**

Si decide participar, es importante tener en cuenta que este estudio no reviste ningún riesgo (ni físico, ni psicológico) asociado a las actividades antes mencionadas. No obstante, en caso que algún participante presente alguna molestia psicológica producto de la intervención, se le brindará la atención requerida por un profesional de la psicología.

#### **CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES.**

Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sean los de este estudio. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, esa información se manejará de forma anónima. Estos datos serán custodiados por la Investigadora Responsable. Así también se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos

Usted.

ACREDITADO  
INTE ETCO CIENTIFICO  
IES. EX N° 6361  
PREMI DE SALUD  
CIÓN DEL BIO BIO

LA CAHUA

30 JUN 2017

desarrollo libre del espíritu





**PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA.**

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No hay costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación; cuando usted deba concurrir a su CESFAM por una actividad asociada al proyecto, le será cancelado el costo de traslado (pasajes).

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de la investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, Usted no pierde ningún derecho que le asiste.

Si Usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

**RESULTADOS.**

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en que serán publicados, resguardados por la Investigadora Responsable.

Las publicaciones generadas a partir de este proyecto, mantendrá el anonimato de la identidad de todas las personas e instituciones participantes.

Usted tiene derecho a ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

**PREGUNTAS**

Si tiene preguntas, dudas o requiere información adicional sobre su participación en el estudio, puede comunicarse con la Investigadora Responsable, Dra. Sandra Saldivia, al (41) 220 4299 o al correo electrónico [ssaldivi@udec.cl](mailto:ssaldivi@udec.cl). También puede comunicarse con el Dr. José Becerra A., Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, al teléfono (41) 220 4302 o con Dra. Marcela Cortés J., Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, al teléfono (41) 272 2167.

Si Ud. acepta participar del estudio "*Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud*", rogamos firmar el Acta de Consentimiento que sigue.

0 JUN 2017

Por el desarrollo libre del espíritu





**ACTA DE CONSENTIMIENTO**

Acepto participar de manera libre y voluntaria en el estudio "Diseño, implementación y evaluación de una intervención psicosocial para prevenir ansiedad y depresión en adultos mayores que consultan en centros de atención primaria en salud", sobre la base de que he entendido que:

- a) Mi participación es libre y voluntaria.
- b) No hay riesgos en este estudio para mí.
- c) No hay costos ni incentivos económicos para mí por participar en esta investigación.
- d) Cuando deba concurrir al CESFAM por una actividad asociada al proyecto, me será cancelado el costo de traslado (pasajes).
- e) Me podré retirar de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique de ninguna forma.
- f) La información que entrego será confidencial y estará resguardada por la investigadora responsable dentro de su oficina ubicada en la Universidad de Concepción en un espacio con llave especialmente adaptado para ello.
- g) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.
- h) Puedo hacer las preguntas necesarias para estar informado acerca de mi participación en este estudio.

Este documento se firmará en dos ejemplares, siendo una copia para Usted y otra para el Investigador Responsable.

Nombre Participante	Firma	Fecha
Dra. Sandra Saldivia		3 / 7 / 2018
Nombre Investigadora Responsable	Firma	Fecha
Nombre Director del CESFAM	Firma	Fecha
Ministro de Fe		



Por el desarrollo libre del espíritu  
30 JUN 2017



## 2. Índice de Felicidad de Pemberton: Escala de Bienestar Personal.

### INDICE DE FELICIDAD DE PEMBERTON: ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL

Piense un momento en su vida en forma general. En relación a las siguientes frases, por favor, dígame en qué medida está de acuerdo con cada afirmación, usando una escala del 0 al 10, donde 0 significa Totalmente en Desacuerdo y 10 significa Totalmente de Acuerdo:

Totalmente en desacuerdo										Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

N°	Ítem	R
X.1	Me siento muy satisfecho con mi vida.	
X.2	Me siento con la energía necesaria para cumplir bien mis tareas cotidianas.	
X.3	Siento que mi vida es útil y valiosa.	
X.4	Me siento satisfecho con mi forma de ser.	
X.5	Mi vida está llena de aprendizajes y desafíos que me hacen crecer.	
X.6	Me siento muy unido a las personas que me rodean.	
X.7	Me siento capaz de resolver la mayoría de los problemas de mi día a día.	
X.8	Siento que en lo importante puedo ser yo mismo.	
X.9	Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas.	
X.10	En mi día a día, tengo muchos ratos en los que me siento mal.	
X.11	Siento que vivo en una sociedad que me permite desarrollarme plenamente.	

### 3. Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet

<b>Escala MSPSS</b>
---------------------

Ahora le preguntaré sobre el tipo y cantidad de apoyo con que usted cuenta cuando debe resolver algún problema,

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
1	2	3	4

N°	Ítem	R
VII.1	Cuando necesita algo, sabe que hay alguien que le puede ayudar.	
VII.2	Cuando tiene penas o alegrías, hay alguien que le puede ayudar.	
VII.3	Tiene la seguridad que su familia trata de ayudarlo.	
VII.4	Su familia le da la ayuda y apoyo emocional que requiere.	
VII.5	Hay una persona que le ofrece consuelo cuando lo necesita.	
VII.6	Tiene la seguridad de que sus amigos tratan de ayudarlo.	
VII.7	Puede contar con sus amigos cuando tiene problemas.	
VII.8	Puede conversar de sus problemas con su familia.	
VII.9	Cuando tiene alegrías o penas puede compartirlas con sus amigos	
VII.10	Hay una persona que se interesa por lo que usted siente.	
VII.11	Su familia le ayuda a tomar decisiones.	
VII.12	Puede conversar de sus problemas con sus amigos.	

#### 4. Patien Health Questionnaire 9

PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3

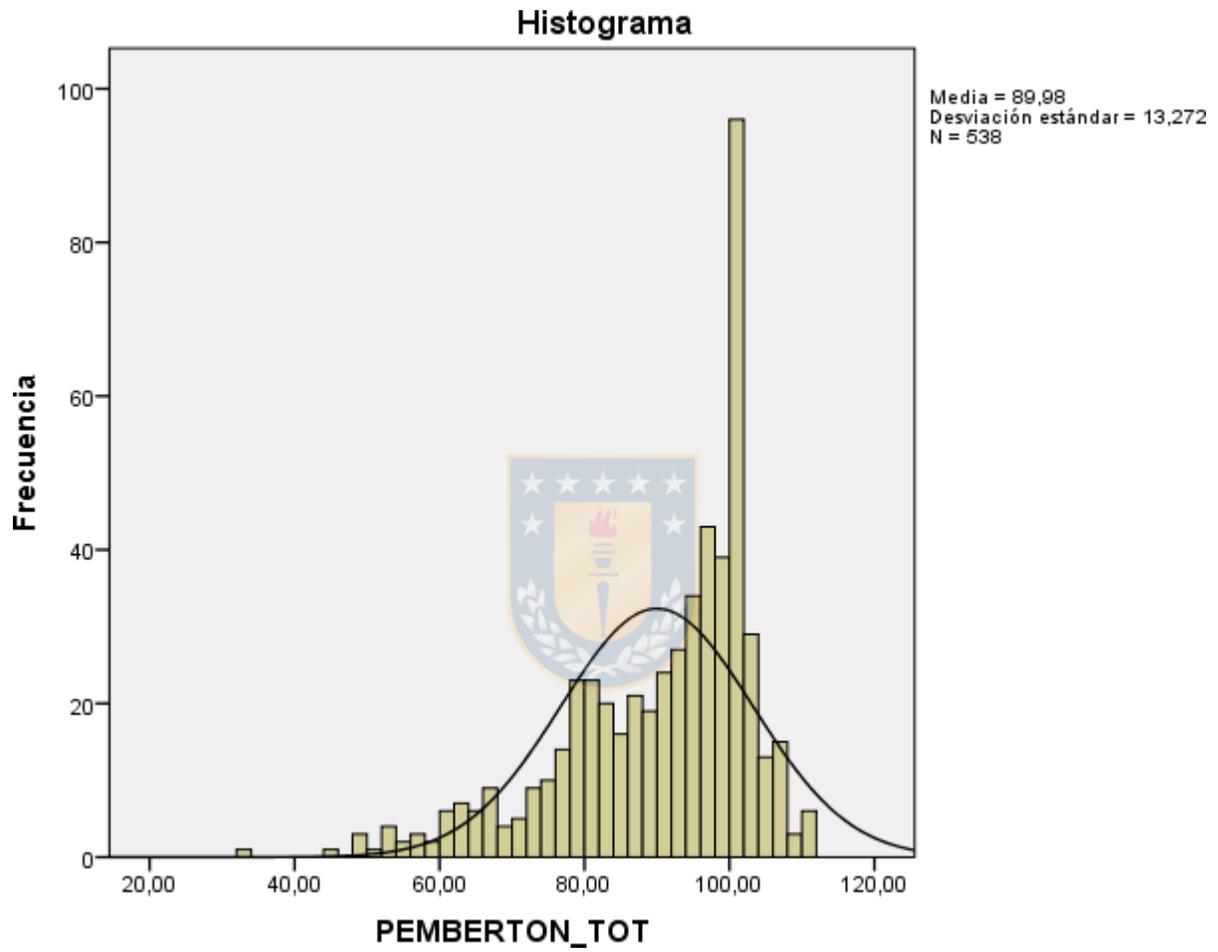
		R			
V.1	¿Ha sentido poco interés o agrado al hacer las cosas?				
V.2	¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperado?				
V.3	¿Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado?				
V.4	¿Se ha sentido cansado(a) o ha tenido poca energía?				
V.5	¿Ha tenido poco apetito o excesivo apetito?				
V.6	¿Se ha sentido mal consigo mismo(a), ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a si mismo(a) o a su familia?				
V.7	¿Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico (diario) o ver televisión?				
V.8	¿Se ha movido o ha hablado tan despacio que otras personas pueden darse cuenta? ¿O está tan inquieto(a) o intranquilo(a) que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre?				
V.9	¿Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o ha deseado hacerse daño de alguna forma?				
V.10	En relación a los problemas que ha señalado ¿Cuánto le ha dificultado	<b>Nada en absoluto</b>	<b>Algo difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Extremadamente difícil</b>

	realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?	0	1	2	3
--	---	---	---	---	---

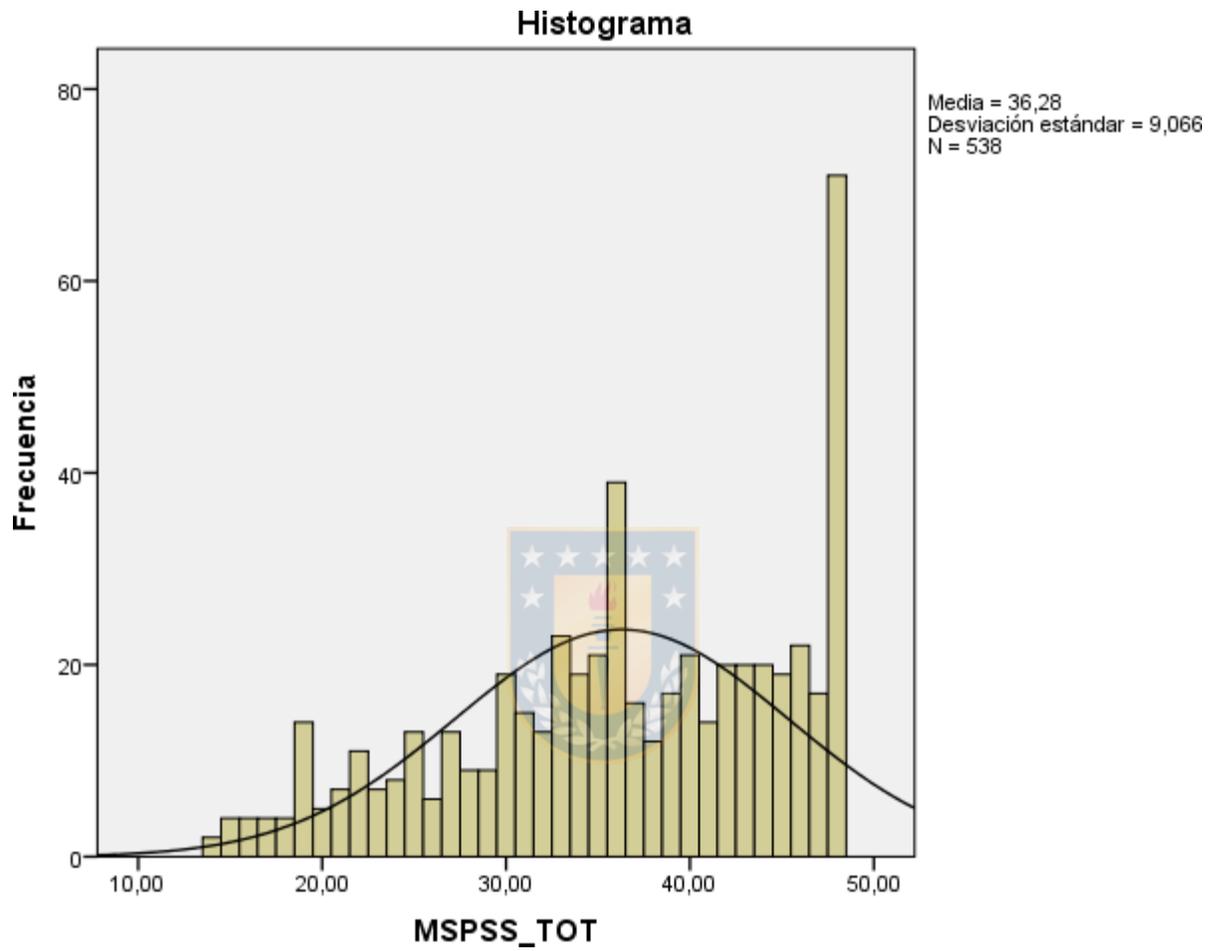


## 5 Histogramas de distribución de puntaje de variables.

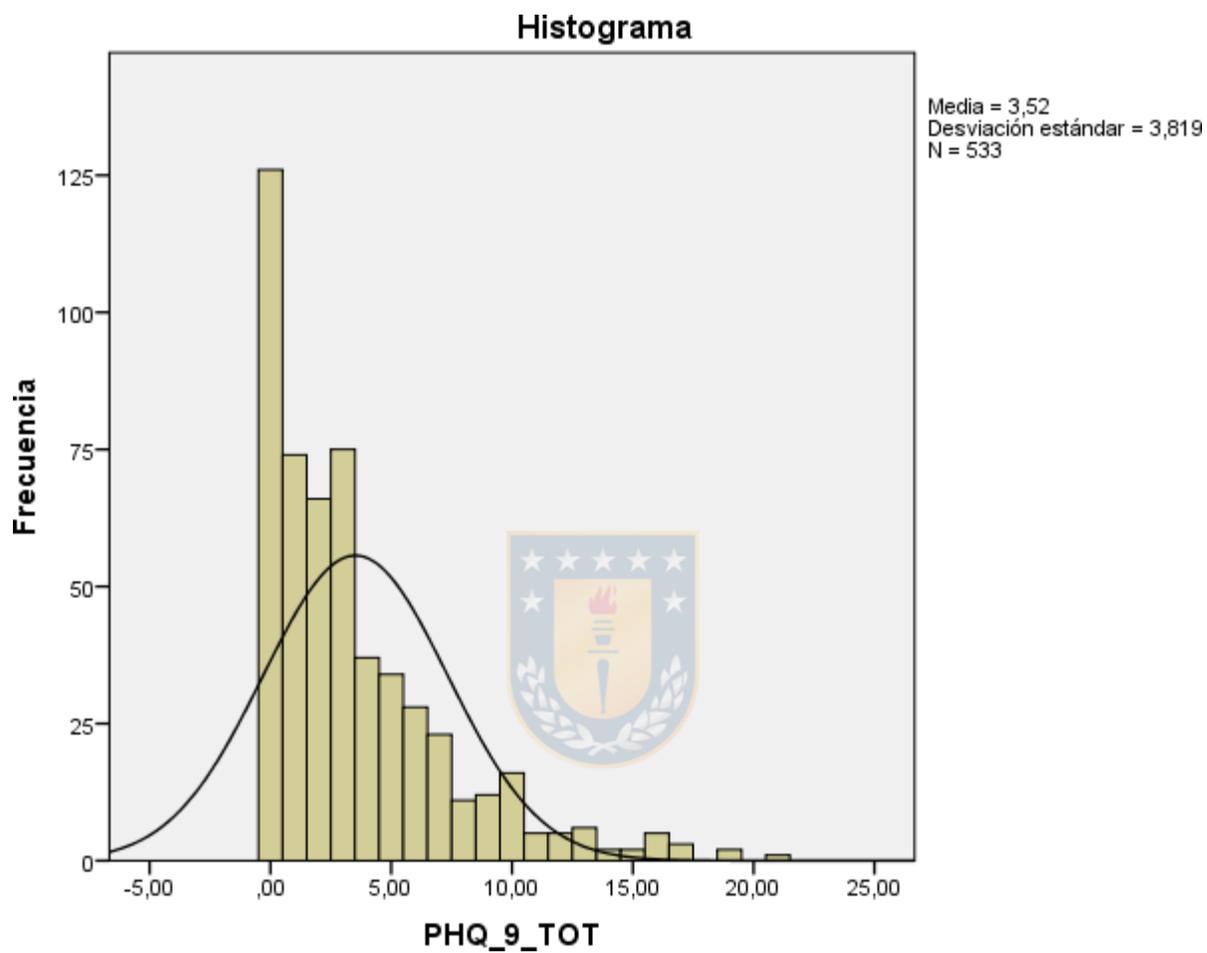
### 5.1 Histograma Índice de Felicidad de Pemberton



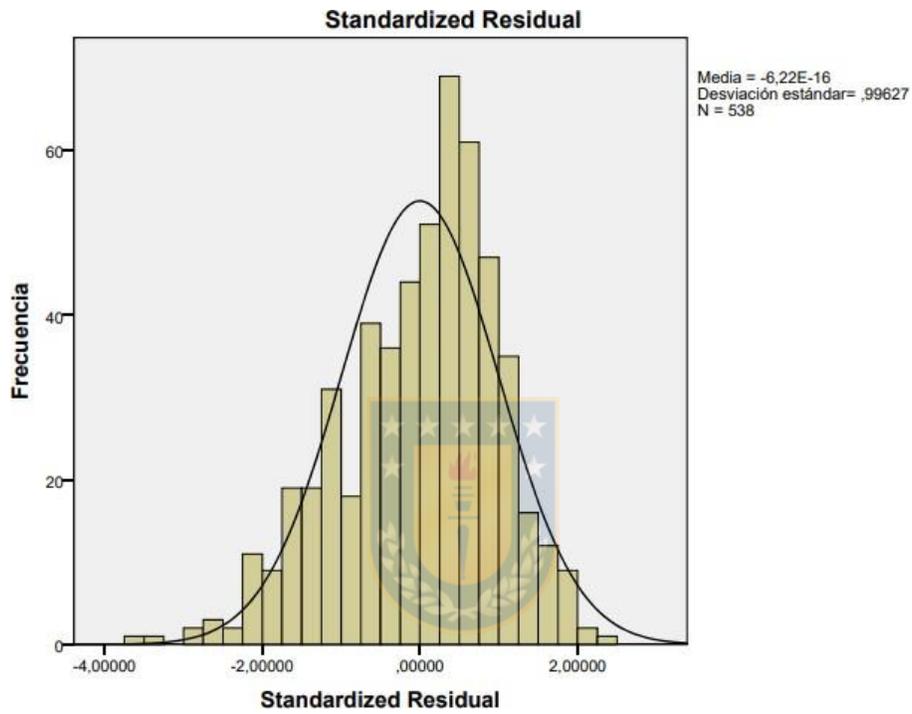
## 6 Histograma Escala Multidimensional de Apoyo Social



## 7 Histograma Patient Health Questionnaire-9



## 8 Distribución residuos estandarizados regresión múltiple.



## 9. Correlación de Pearson

### *Análisis de Correlaciones de Pearson de las variables centrales del estudio*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	BG	BG	BE	BH	BS	AG	AO	AA	SD
1. Bienestar global					1				
1. Bienestar general	,848**				1				
2. Bienestar eudaimónico	,904**	,764**				1			
3. Bienestar hedónico	,711**	,496**	,497**				1		
4. Bienestar social	,608**	,443**	,468**	,752**				1	
2. Apoyo social global	,367**	,311**	,339**	,242**	,197**				1
1. Apoyo social-otros significativos	,361**	,321**	,339**	,230**	,220**	,869**			1
2. Apoyo social-amistades	,222**	,170**	,199**	,158**	,122**	,758**	,336**		1
3. Sintomatología depresiva	-,461**	-	-	-	-,169**	-,185**	-,180**	-,116**	1
		,412**	,393**	,385**					

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).