

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>

## FACTORES ASOCIADOS AL BIENESTAR SUBJETIVO EN LOS ADULTOS MAYORES

Ximena Alvarado San Román<sup>1</sup>, Maria Cecilia Toffoletto<sup>2</sup>, Juan Carlos Oyanedel Sepúlveda<sup>3</sup>, Salvador Vargas Salfate<sup>4</sup>, Katuska Lidice Reynaldos Grandón<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Doctora en Enfermería. Centro de Estudios Cuantitativos. Facultad de Administración y Economía. Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile. E-mail: xalvarado7@gmail.com

<sup>2</sup> Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. E-mail: mtoffoletto@unab.cl

<sup>3</sup> Doctor en Derecho. Departamento de Gestión y Políticas Públicas. Facultad de Administración y Economía. Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile. E-mail: juan.oyanedel@gmail.com

<sup>4</sup> Doctorante en Psicología de la Universidad de Girona. Centro de Estudios Cuantitativos. Facultad de Administración y Economía, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile. E-mail: salvadororama@gmail.com

<sup>5</sup> Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. E-mail: katuska.reynaldos@unab.cl

### RESUMEN

**Objetivo:** identificar los factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores.

**Método:** estudio analítico, transversal desarrollado en Chile. La muestra correspondió a 20.351 adultos mayores, que respondieron una pregunta sobre satisfacción vital global en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, 2011. El bienestar subjetivo fue correlacionado con indicadores de salud, demográficos y sociales. Se aplicaron comparaciones de medias, correlaciones y regresiones, mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* 20.

**Resultados:** la satisfacción con la vida se asoció con mayor edad; ser hombre; participación en organizaciones sociales; estar casado o convivir en pareja; tener estudios superiores; mayor ingreso; buena percepción del estado de salud; mejor atención sanitaria.

**Conclusión:** al observar los predictores edad e ingresos, se puede concluir que el paso de los años refuerza la satisfacción con la vida pero, en confluencia con una adecuada percepción de salud e ingresos, que permitan una calidad de vida óptima.

**DESCRIPTORES:** Anciano. Calidad de vida. Felicidad. Enfermería. Satisfacción personal. Salud del anciano. Determinantes sociales de la salud.

---

## FATORES ASSOCIADOS AO BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS IDOSOS

**Objetivo:** identificar os fatores associados ao bem-estar subjetivos dos idosos.

**Método:** estudo analítico, transversal, realizado no Chile. A amostra correspondeu a 20.351 idosos que responderam a uma pergunta sobre satisfação vital global no Inquérito de Caracterização Socioeconômica Nacional, 2011. O indicador de bem-estar subjetivo foi correlacionado com indicadores de saúde, demográficos e sociais. Foram comparadas médias e análise de correlação e regressão com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* 20.

**Resultados:** a satisfação com a vida associou-se com maior idade; ser homem; participação em organizações sociais; ser casado ou viver junto; ter estudos superiores; maior renda; boa percepção do estado de saúde e maior atenção sanitária.

**Conclusão:** ao observar os preditores idade e renda pode-se concluir que o passar dos anos reforça a satisfação com a vida, mas em confluência com uma adequada percepção de saúde e renda que permitam uma qualidade de vida ótima.

**DESCRIPTORES:** Idoso. Qualidade de vida. Felicidade. Enfermagem. Satisfação pessoal. Saúde do idoso. Determinantes sociais da saúde.

## FACTORS ASSOCIATED TO SUBJECTIVE WELLBEING IN OLDER ADULTS

### ABSTRACT

**Objective:** identify the factors associated with subjective wellbeing in older adults.

**Method:** analytical, cross-sectional study developed in Chile. The sample consisted of 20,351 seniors, who answered a question on overall life satisfaction in the National Socio-Economic Survey, 2011. Subjective wellbeing was correlated with health, demographic and social indicators. Comparisons of averages, correlations and regressions were applied using the software Statistical Package for the Social Sciences 20.

**Results:** life satisfaction was associated with increased age; being male; participation in social organizations; being married or living as a couple; having higher education level; higher income; good perceived health status and better health care.

**Conclusion:** according to the age and income predictors, it can be concluded that, over the years, life satisfaction is reinforced, but in combination with adequate perceived health and income, which permit an excellent quality of life.

**DESCRIPTORS:** Aged. Quality of life. Happiness. Nursing. Personal satisfaction. Health of the elderly. Social determinants of health.

### INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso de acelerado crecimiento y proporcionalmente en América Latina y el Caribe. Entre los años 1975 y 2000, la población de 60 años y más se incrementó de un 6,5% al 8,2%. Las proyecciones para el año 2025 son del 15% y para el 2050 del 24%, es decir, una tasa de crecimiento del 2,4% en el periodo 2025-2050.<sup>1</sup>

En el actual escenario mundial del envejecimiento, promover el bienestar subjetivo de los adultos mayores a través del apoyo social con el fin de aumentar su satisfacción con la vida, ha sido un desafío no solamente para los diseñadores de políticas públicas,<sup>2</sup> sino también para los profesionales de la salud, quienes deben trabajar en forma directa con ellos, principalmente los profesionales de enfermería.

El concepto de bienestar subjetivo (BS), se refiere a las evaluaciones que hacen las personas de sus propias vidas, que pueden ser juicios, tales como satisfacción con la vida, las evaluaciones basadas en los sentimientos, incluidos los estados de ánimo y emociones.<sup>3</sup>

Diversos factores pueden contribuir para el mejor bienestar y como este es percibido por los adultos mayores. Factores como la edad, género, escolaridad, grado de integración social, ingresos, redes de apoyo y actividades profesionales presentan una clara relación con la percepción del bienestar, felicidad y calidad de vida, además de la participación social en el hogar, en la política y religiosidad.<sup>4,5</sup>

Respecto a la salud, la autonomía y la funcionalidad son factores determinantes en el bienestar subjetivo de los adultos mayores. Un estudio brasileño que analizó la asociación entre comportamientos relacionados a la salud y sentimientos de felicidad, encontró una fuerte asociación entre la felicidad y el número de morbilidades, calidad de salud percibida y el nivel de incapacidades.<sup>6</sup> Otro estudio, por medio del análisis fenomenológica, demostró que la felicidad está relacionada al contacto

familiar y social además de la autonomía y capacidad laboral, las cuales proporcionan sentimientos de valor, auto estima y bienestar.<sup>7</sup>

El apoyo social para el logro de una mejor salud, especialmente desde la profesión de enfermería, juega un papel fundamental ya que a través de sus intervenciones puede aportar a la satisfacción con la vida del adulto mayor. Un estudio realizado en Brasil, cuyo objetivo fue conocer la importancia del cuidado de enfermería para la promoción de la salud en la vida de las personas mayores, encontró que ellos mejoraron en el aspecto biológico, como fue la mayor flexibilidad y buena movilidad articular, además de aumentar y mejorar las interacciones sociales. Las autoras concluyeron que la enfermería posee un gran poder de creatividad al brindar cuidados que favorezcan la alegría, el bienestar y la felicidad.<sup>8</sup>

Otro estudio, que tuvo por objetivo configurar el rol de enfermería en los cuidados brindados a las personas mayores en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), destacó la necesidad de pasar de acciones centradas en el ámbito biológico hacia acciones centradas en el ámbito social. Relevan la realización de actividades individuales, grupales y familiares valorizando el contexto sociocultural del adulto mayor, con la perspectiva de un envejecimiento saludable y con calidad.<sup>9</sup>

Frente al paradigma de la promoción, se hace necesario superar el modelo de un cuidado biomédico, fragmentado y curativo. Para entender la salud como una dimensión del bienestar subjetivo, es necesario que los enfermeros redimensionen el cuidar, cambiando la mirada de una educación normativa, poco efectiva y de bajo impacto social, hacia acciones de promoción para la adopción de estilos de vida saludables e inserción social.<sup>8</sup>

En este sentido, surge la pregunta ¿Qué factores de salud, demográficos y sociales se asocian al bienestar subjetivo de los adultos mayores? Por ello, analizar los factores asociados al bienestar subjetivo

de los adultos mayores permite identificar a través de la valoración de enfermería, aquellos factores de riesgo que influyen en la disminución del bienestar subjetivo de los mismos y realizar junto con el equipo interdisciplinario, las intervenciones necesarias para disminuir el impacto de dichos factores y contribuir a mejorar la percepción de bienestar de este grupo etario. Además, el conocimiento producido en este estudio, aporta al desarrollo de políticas públicas en el tema, con énfasis en la formación de recursos humanos que respondan a las necesidades de los adultos mayores para asegurar la salud, el bienestar y la equidad de este grupo etario.

De lo anterior, este estudio tuvo por objetivo identificar los factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores.

## MÉTODO

Consistió en un estudio analítico de corte transversal. Se desarrolló en Chile con datos secundarios de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), de 2011, con personas mayores de 60 años o más, de ambos sexos, tanto en el área urbana, como rural. La muestra fue diseñada por el Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de Chile. El modelo de muestreo fue territorial basado en hogares, permitiendo estimación a nivel comunal. La muestra fue representativa de la población urbana y rural de las 15 regiones del país. La encuesta asumió varianza máxima para todos sus estimadores a nivel comunal y posteriormente fue expandida en base a proyecciones de población.

Para efectos de este estudio, se utilizó la submuestra que correspondió a 20.351 adultos mayores, de los cuales fueron 7.551 varones (37%) y 12.800 mujeres (63%), que respondieron la pregunta sobre satisfacción vital. Al tratarse de una selección basada en una serie sistemática de muestras aleatorias a nivel comunal basadas en el supuesto de varianza máxima, la submuestra correspondió a una muestra representativa de las personas de 60 o más años a nivel nacional. El criterio de selección muestral no fue clínico, sino poblacional.<sup>10</sup>

La variable dependiente de este estudio, fue el bienestar subjetivo que fue abordado en su dimensión de satisfacción vital. La pregunta sobre satisfacción vital incluida en la encuesta correspondió a la escala de Cantril (conocida, también, como *Overall Life Satisfaction*) modificada, ya que fue ajustada a una escala de 1 a 10 puntos. Esta escala fue creada por Cantril y mide la percepción que tiene la persona de su vida actual. Debido a su simplicidad, ha sido

ampliamente utilizada en estudios tales como la Encuesta Mundial de Valores (*World Values Survey*), la Encuesta Social Europea (*European Social Survey*). Asimismo, su versión modificada (con puntajes que van de 1 a 10 puntos), fue incluida en la encuesta de CASEN del año 2011, y por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en la elaboración del Informe de Desarrollo Humano, 2012.<sup>11</sup> La pregunta fue: considerando todas las cosas, ¿Cuán satisfecho está usted con su vida en este momento? donde 1 significa que usted está “completamente insatisfecho” y 10 significa que está “completamente satisfecho”, ¿Dónde se ubica usted?

Se utilizaron tres dimensiones o conjuntos de variables independientes en base a la información de la Encuesta CASEN, relacionadas con: Dimensión Salud (estado de salud: 1 muy mal a 7 muy bien, se clasificó de 1 a 2: bajo; 3 a 5: medio; y 6 a 7: alto; sistema de salud: privado, público, fuerzas armadas; estado nutricional: peso normal, sobrepeso, obeso, bajo peso; pérdida de la funcionalidad para realizar actividades solo: si, no; pérdida de la funcionalidad para recordar cosas: si, no; pérdida de la funcionalidad para salir solo: si, no). Dimensión Demográfica (edad: 60 a 69 años, 70 a 79 años, 80 y 89 años, 90 o superior; sexo: masculino, femenino; estado civil: casado, divorciado, anulado, conviviente, soltero, viudo; nivel educacional: postgrado, profesional, técnico superior, educación especial). Dimensión Social (participa en organizaciones sociales, ingresos, trabajo).

Mediante el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20, se procedió a realizar operaciones a nivel univariado, bivariado y multivariado. El primer nivel de análisis, correspondió a descriptivos de cada variable presentado en tablas de promedios, desviación estándar y valores mínimos y máximos. El segundo nivel de análisis, correspondió a la existencia de asociación entre bienestar subjetivo y las distintas variables continuas, incluidas en el modelo mediante el coeficiente de correlación de Pearson, o por pruebas de diferencia de proporciones o medias (tests t y Anova). Por otra parte, la asociación bivariada entre satisfacción vital y variables escalares, se realizó a través del estadístico de correlación de Pearson. El tercer nivel de análisis, fue un análisis explicativo del bienestar subjetivo, ocupando la técnica de regresión lineal múltiple por etapas. Esto permitió explicar el comportamiento de una variable dependiente a partir de una serie de variables independientes e incorporarlas al análisis por medio de grupos de variables, o etapas del modelo. En este sentido, la

satisfacción vital fue la variable dependiente o a explicar y las variables referentes a salud, demografía y social, fueron las independientes o explicativas.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Institucional (Folio: L1/CECENF/73) y, para acceder al uso de la base de datos CASEN 2011, se solicitó la autorización del Ministerio de Desarrollo Social de Chile.

## RESULTADOS

La media en la variable dependiente de satisfacción vital de los adultos mayores alcanzó el valor de 7,055 (DE=2,225), siendo menor a la del resto de

la población (M=7,202, DE=2,173). Esta diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa,  $t(3843536,809)=-95,578$ ,  $p<0,001$  (Tabla 1).

Respecto a la variable estado de salud, el grupo conformado por quienes sostienen un alto estado de salud, obtienen una media de 7,682 (DE=1,999) en satisfacción vital, seguida de la categoría intermedia (M=6,834, DE=2,155) y la más baja (M=5,351, DE=2,821). Al indagar en el coeficiente de Pearson, se constata que entre ambos indicadores existe relación estadísticamente significativa, con una significancia del 1%, siendo la intensidad de ésta alta ( $r=0,286$ ).

**Tabla 1 - Estadísticas descriptivas de los factores relacionados a la Dimensión Salud. Santiago de Chile, Chile, 2014. (n=20.351)**

Factores Dimensión Salud	Media (M)	Desviación estándar (DE)	Test de hipótesis	p
Satisfacción vital	7,055	2,225	$t(3843536,809)=-95,578$	0,000*
Sistema de Salud				
Privado	7,935	1,969	$F(8,2567186)=9054,626$	0,000†
Publico	7,585	2,020		
Fuerzas armadas	7,594	2,163		
Estado nutricional				
Peso normal	7,181	2,216	$F(3,2521026)=10343,166$	0,000†
Sobrepeso	7,043	2,184		
Obesos	6,869,	2,073		
Bajo peso	6,209	2,339		
Pérdida de la funcionalidad para realizar actividades solo				
Si	6,426	2,382	$t(383441,407)=158,087$	0,000*
No	7,141	2,189		
Pérdida de la funcionalidad para recordar cosas				
Si	6,313	2,214	$t(552672,863)=-229,752$	0,000*
No	7,188	2,199		
Pérdida de la funcionalidad para salir solo				
Si	6,488	2,376	$t(482323,514)=-158,928$	0,000*
No	7,150	2,184		

\* t student;†Análisis de variancia (ANOVA).

Respecto al sistema de salud, tabla 1, se observa que la media más alta en satisfacción vital fue en el grupo del sistema privado (7,935) seguido de las fuerzas armadas (7,594) y el sistema público (7,585). El cruce bivariado con el estado nutricional, demuestra que el valor más alto en satisfacción con la vida se encuentra entre quienes tienen un peso normal. En el caso de distinguir por discapacidad

física, el grupo que tiene dificultades para realizar actividades solo, concentrarse y aprender cosas y salir solo a la calle sin ayuda o compañía, tiene menor puntaje promedio en la variable de satisfacción con la vida que su par sin obstáculos declarados. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de todas las variables de la Dimensión Salud ( $p<0,001$ ).

**Tabla 2 - Regresión lineal múltiple de los factores relacionados a la Dimensión Salud. Santiago de Chile, Chile, 2014. (n=20.351)**

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig
	B	Error tip	Beta		
(Constante)	5,176	,009		577,147	0,000*
Estado de salud	,424	,001	,267	404,403	0,000*
Público	-,269	,006	-,038	-41,666	0,000*
Privado	,401	,008	,045	49,133	0,000*
Estado nutricional	,092	,003	,020	32,929	0,000*
Dificultades realizar actividades solo	,008	,005	,001	1,465	0,143
Dificultades recordar cosas	-,657	,004	-,108	-167,690	0,000*
Dificultades salir solo	-,001	,005	,000	-,226	0,821

\*Estadísticamente significativa:  $p < 0,001$ .

En la tabla 2 se presentan los resultados del modelo de regresión  $F(9,2493275)=30948,788$ ,  $p < 0,001$ , que explica el 10,49% de la varianza de la variable dependiente, siendo todas las variables estadísticamente significativas, con excepción de las dificultades para realizar actividades y salir solo. De este modo, a mayor percepción del estado de salud, la posesión de un seguro de salud privado y tener peso normal, aumenta el valor medio del bienestar subjetivo.

En cuanto a la Dimensión Demográfica, se observó que la relación del bienestar subjetivo con la edad, el tramo más alto en satisfacción vital fue el rango etario entre 80 y 89 años. El estadístico  $r$  de Pearson resultó ser estadísticamente significativo, pero su intensidad fue baja, alcanzando sólo a 0,014, indicando así que a mayor edad, es más alta la satisfacción con la vida.

**Tabla 3 - Estadísticas descriptivas de los factores relacionados a la Dimensión Demográfica. Santiago de Chile, Chile, 2014. (n=20.351)**

Factores Dimensión Demográfica	Medía (M)	Desviación estándar (DE)	Test de hipótesis	p
Sexo				
Hombre	7,189	2,156	$t(2539503,300)=-88,810$	0,000*
Mujer	6,943	2,274		
Edad				
60 a 69 años	7,053	2,209	$F(6,2581067)=4360,485$	0,014†
70 a 79 años	6,957	2,204		
80 a 89 años	7,288	2,311		
90 o superior	7,272	2,270		
Estado civil				
Casado	7,265	2,160	$F(10,2581063)=4532,957$	0,000‡
Divorciado	7,151	2,363		
Anulado	7,063	2,359		
Convivientes	6,963	2,375		
Solteros	6,954	2,339		
Viudos	6,832	2,157		
Nivel educacional				
Postgrado	8,345	1,789	$F(10,2581063)=4532,957$	0,000‡
Profesional	7,670	1,981		
Técnico superior	7,938	2,020		
Educación especial	5,800	2,255		

\* t student; † r de Pearson; ‡ Análisis de variancia (ANOVA).

Respecto al sexo, se observó que las mujeres tenían una media menor en satisfacción vital que los hombres siendo estadísticamente significativa esta diferencia. En cuanto a la edad, se observa que el tramo más alto en satisfacción vital fue el que oscila entre 80 y 89 años. El estadístico  $r$  de Pearson resultó ser estadísticamente significativo, pero su intensidad fue baja, alcanzando sólo a 0,014. El estado civil fue otra de las variables incluidas en esta dimensión, a partir de la cual fue posible observar

que los adultos mayores casados presentaron la media más alta en satisfacción vital, siendo los viudos los con menor satisfacción vital, siendo significativas estas diferencias. Los adultos mayores con estudios superiores y con estudios de postgrado fueron los que reportaron mayor satisfacción vital, en contraste, el grupo con educación especial o diferencial, se posicionó en el polo opuesto. La diferencia entre estos grupos resultó estadísticamente significativa.

**Tabla 4 - Regresión lineal múltiple de los factores relacionados a la Dimensión Demográfica. Santiago de Chile, Chile, 2014. (n=20.351)**

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ	Beta		
(Constante)	5,332	,015		348,571	0,000*
Sexo	,121	,003	,027	35,712	0,000*
Edad (años cumplidos)	,016	,000	,056	86,645	0,000*
Casado/conviviente	,125	,005	,028	24,042	0,000*
Separado/viudo	-,248	,005	-,052	-52,971	0,000*
Educación básica	,128	,005	,029	23,697	0,000*
Educación media	,392	,006	,081	68,650	0,000*
Educación superior	,956	,007	,131	141,832	0,000*

\* Estadísticamente significativa:  $p < 0,001$ .

Al incluir todas las variables en un modelo de regresión lineal múltiple, el análisis resulta estadísticamente significativo,  $F(11, 2581062) = 6616,666$ ,  $p < 0,001$ , explicando el 2,742% de la varianza de la variable dependiente. Cabe destacar que el estado civil fue recodificado en variables ficticias: casado/conviviente y separado/viudo, con los solteros como categoría de referencia. Los resultados del modelo evidenciaron que todas las variables fueron estadísticamente significativas para predecir bienestar subjetivo. Asimismo, el ser hombre, casado o conviviente, tener educación básica, media o superior, aumentaba el valor medio de la satisfacción vital (Tabla 4).

En relación a la Dimensión Social, la primera variable fue la participación en organizaciones, donde destaca que los adultos mayores que no participan en ninguna organización tienen una media de satisfacción vital que alcanza a 6,961 (DE=2,233), siendo más alto este valor sólo en o para juntas de vecinos (M=6,939, DE=2,247), grupos de autoayuda en salud (M=6,619, DE=2,094) y grupos de identidad cultural (M=6,500, DE=1,822). Por el contrario, los puntajes más altos están en quienes participan en grupos juveniles o de estudiantes (M=7,947,

DE=1,769) y de voluntariado (M=7,851, DE=1,821). Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas,  $F(11, 2581062) = 2047,452$ ,  $p < 0,001$ , lo que indica que ambas variables están relacionadas.

El ingreso, por otra parte, medido en quintiles, evidencia que el valor más alto de bienestar subjetivo (M=7,579, DE=2,058) está entre los adultos mayores con mayor poder adquisitivo. El descenso en satisfacción vital fue paulatino, correspondiendo con la disminución del ingreso, con medias de 7,313 (DE=2,150), 7,035 (DE=2,131), 6,888 (DE=2,288) y 6,549 (DE=2,341), para los quintiles restantes. El estadístico de Pearson permitió sostener que las variables están asociadas significativamente, con una intensidad moderada ( $r = 0,152$ ).

La última variable seleccionada para el análisis fue la inserción en el mercado laboral, la que permitió visualizar que los adultos mayores que trabajaban presentaron una media de 7,347 (DE=2,179) en satisfacción vital, siendo mayor que sus pares inactivos (M=6,965, DE=2,231). Las variables fueron asociadas significativamente,  $t(1031072,051) = 119,011$ ,  $p < 0,001$ , lo que fue evidenciado por la prueba  $t$  para muestras independientes.

**Tabla 5 - Regresión lineal múltiple de los factores relacionados a la Dimensión Social. Santiago de Chile, Chile, 2014. (n=20.351)**

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
	B	Error típ	Beta	t	Sig
(Constante)	6,249	,004		1743,485	0,000*
Participación en organizaciones sociales	,241	,003	,051	79,717	0,000*
Quintil de Ingreso Autónomo Nacional	,220	,001	,135	196,477	0,000*
Trabajo	,139	,004	,027	39,609	0,000*

\* Estadísticamente significativa:  $p < 0,001$ .

Al incluir las variables en un modelo de regresión lineal múltiple, la varianza explicada alcanzó al 3,223%, siendo estadísticamente significativa,  $F(4,2357732)=19629,002$ ,  $p < 0,001$ , con la satisfacción vital como variable dependiente. El indicador de participación en organizaciones sociales fue recodificado en dos categorías, para representar la concurrencia a grupos, y la ausencia de este atributo en adultos mayores. Todas las variables resultaron ser significativas en la predicción de la variable dependiente, guardando una relación positiva con la satisfacción vital. De este modo, la participación en organizaciones, el ingreso y la inserción en el mercado laboral, aumentaron el bienestar subjetivo (Tabla 5).

## DISCUSIÓN

El análisis realizado en este estudio da cuenta de que, efectivamente, para las personas mayores, la dimensión más importante para explicar su satisfacción vital es la salud, pero, específicamente, la autopercepción que tienen de ella.<sup>12-13</sup> Un estudio español sobre calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en adultos mayores, ratifica los resultados de este estudio destacando la salud como condición prioritaria para el bienestar, seguida de las relaciones familiares y sociales y la adaptación.<sup>14</sup>

De los factores de la Dimensión Salud, la percepción de un alto estado de salud, la posesión de un seguro privado y tener peso normal aumenta el valor medio del bienestar subjetivo. Respecto a la condición de peso, los hallazgos son corroborados por un estudio realizado en Brasil el cual demostró que adultos mayores con índice de masa corporea superior a 30 presentan menores prevalencias de felicidad.<sup>6</sup>

Respecto a las limitaciones funcionales de los adultos mayores, se encontró asociación con bajo bienestar subjetivo. Frente a estos resultados,

la evidencia suele presentar mayor proporción de limitaciones funcionales en las mujeres y en las personas con un bajo nivel educativo. Un estudio americano sobre discapacidad, participación y bienestar subjetivos en adultos mayores encontró que los que reportan una discapacidad presentaron puntuaciones significativamente más bajas de los que no presentaban alteraciones.<sup>15</sup> La literatura refiere que el impedimento físico determina un rol determinante en la evaluación de la salud y por lo tanto en el bienestar de los adultos mayores.<sup>4</sup> Corrobora los resultados, un estudio realizado en Brasil, que al relacionar la capacidad funcional y calidad de vida, encontró que los adultos maiores con maior numero de incapacidades funcionales presentaron menores escores de calidad de vida lo que dice respecto a las relaciones sociales en comparación con aquellos que no presentaban alteraciones funcionales.<sup>16</sup>

En paralelo con la funcionalidad, la evidencia demuestra que la realización de actividad física influye en la calidad de vida de los adultos mayores. Un estudio con el objetivo de identificar las características sociodemográficas, la conexión social, el medio ambiente físico y los factores físicos y mentales relacionados con la actividad física, demostró que el género, la calidad de vida, la discapacidad, la edad, la depresión, la ansiedad, el empleo, el tipo de casa y la capacidad cognitiva fueron factores significativos asociados a la actividad física.<sup>17</sup>

En relación a la Dimensión Demográfica y sus factores a lo largo del ciclo vital, fue posible observar que los hombres sostuvieron mayores niveles de satisfacción vital que las mujeres. Estos datos son coincidentes con un estudio realizado en Chile que midió la satisfacción vital, felicidad y salud en la población chilena.<sup>18</sup> En coherencia con la evidencia, ser hombre, tener mayor integración social y mayor formación educacional se asocian a la satisfacción vital.<sup>19</sup>

Aún en relación a la formación educacional e ingresos, un estudio realizado en Turquía, el cual relacionó determinantes socioeconómicos y demográficos con la percepción de salud y felicidad de 870 adultos mayores, encontró que el 61,10% tenía el nivel más bajo de ingreso y, el 80,60% un bajo nivel de formación educacional. A pesar de la mayoría sentirse feliz, solo un 46,59% de estos consideraron tener buena salud.<sup>20</sup>

Además de los hallazgos relacionados al sexo, las variables edad, estado civil y educación presentaron relación estadísticamente significativa con el bienestar subjetivo explicando que los adultos mayores en el rango más alto de edad (80 y 90 años), casados o convivientes y con mejor nivel de educación presentaron mayor bienestar subjetivo.

Estudios refieren que los adultos mayores más felices son los que viven en pareja, pertenecientes a los extractos más altos, pero en un rango de edad menor a lo encontrado en este estudio.<sup>21-22</sup>

La información obtenida permitió generar un perfil de personas mayores que pueden presentar un bienestar subjetivo disminuido, siendo estas principalmente las mujeres entre 70 y 79 años, separadas, con bajo nivel educacional y de ingresos, que no participan en organizaciones sociales, con dificultad para recordar cosas y con un deficiente estado de salud y nutricional.

Un estudio realizado en Brasil con 1.339 mujeres adultas mayores, demostró que a mayor edad y menor nivel educacional, mayor la incapacidad funcional. El grupo de mayor edad, se asoció con una menor calidad de vida en las actividades operativas y la participación social.<sup>23</sup> Otro estudio brasileño encontró, en una muestra de 624 adultos mayores con edad entre 60 y 96 años, asociación entre incapacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria con la edad, consumo de alcohol, síntomas depresivos y fragilidad además de las actividades instrumentales de la vida diaria con la edad, analfabetismo, disposición de la familia multigeneracional, hospitalización y fragilidad.<sup>24</sup>

Corroborando los resultados de este estudio, otra investigación cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de fragilidad en mujeres adultas mayores e identificar posibles asociaciones entre fragilidad y variables socio-demográficas. Los resultados demostraron que de las mujeres adultas mayores, que presentaron algún grado de fragilidad, se verificó asociación del fenómeno con la edad, escolaridad e ingresos mensuales.<sup>25</sup>

Respecto a los factores relacionados a la Dimensión Social, se observó que las variables parti-

cipación en organizaciones, el ingreso y la inserción en el mercado laboral resultaron ser significativas en la predicción con la satisfacción vital y por lo tanto aumentaron el bienestar subjetivo. Los resultados encontrados corroboran hallazgos de otros estudios en cuanto a la actividad laboral<sup>4,7</sup> y participación en organizaciones.<sup>5</sup>

Además de la participación en organizaciones e inserción en el mercado laboral, a pesar de no haber sido investigada en este estudio, la extraversión ha sido una variable estudiada en el grupo de las personas mayores y relacionada al bienestar de las mismas. Un estudio español encontró asociación entre la extraversión y el bienestar de 139 adultos mayores además de determinar el tipo de actividad realizada, entre ellas, actividades formativas, religiosas, paseo y tareas del hogar.<sup>26</sup>

En cuanto a las limitaciones, este estudio se basó en bases secundarias que en ocasiones no contienen información suficiente, a pesar de que en este estudio hayan sido suficientemente útiles para responder al objetivo propuesto. Otra limitación fue la escasez de estudios que analizaran los mismos factores asociados a las dimensiones demográfica y principalmente social. En su mayoría, los estudios enfocan la Dimensión Salud.

## CONCLUSIÓN

Los resultados más importantes del estudio, en definitiva, evidencian que el principal componente explicativo de la satisfacción con la vida en los adultos mayores, es la autopercepción de salud. Al observar los restantes predictores más importantes, que son edad e ingresos, es posible sostener, en definitiva, que el paso de los años en este grupo etario, refuerza la satisfacción con la vida, pero en confluencia con una adecuada percepción de salud e ingresos, que permitan sostener una calidad de vida óptima. Además, suministran a los profesionales de enfermería datos importantes en el seguimiento de los adultos mayores con vistas a prevenir consecuencias adversas como la discapacidad, el deterioro de la salud y la hospitalización entre otros.

## REFERENCIAS

1. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago: CELADE; 2009. [cited



- 2015 Aug 02]. Available from: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>
2. Calvo E, Martorell B. La salud del adulto mayor en Chile: una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado. In: Calvo E, Martorell B. *Construyendo políticas públicas para una sociedad que envejece*. Santiago de Chile: Expansiva; 2008.
  3. Tov W, Diener E. Culture and subjective well-being. *Social Indicators Research Series*. 2009; 38:9-41.
  4. Silva PA. Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 Nov [cited 2015 Sep 10];30(11):1-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2387.pdf>
  5. Herrera MSP, Elgueta EPR, Fernández MBL. Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 Oct [cited 2015 Sep 14]; 48(5):739-49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211572/pdf/0034-8910-rsp-48-5-0739.pdf>
  6. Lima MG, Barros MBA, Alves MCGP. Happiness in the elderly: an epidemiological approach in the ISA-Camp 2008 study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Dec [cited 2015 Sep 15]; 28(12):2280-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/07.pdf>
  7. Luz MMC, Amatuzzi MM. Experiences of happiness in elderly people. *Estud Psicol* [Internet]. 2008 Abr-Jun [cited 2015 Sep 18]; 25(2):303-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a14v25n2.pdf>
  8. Victor JF, Vasconcelos FF, Araujo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Happy age group: nursing care for the promotion of health in the third age. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2007 [cited 2015 Sep 22]; 41(4):724-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/25.pdf>
  9. Pinheiro G, Alvarez A, Pires D. The configuration of the work of nurses in care of the elderly in the Family Healthcare Strategy. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 Ago [cited 2015 Sep 24]; 17(8):2105-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/21.pdf>
  10. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN). Octubre del 2011 y Enero del 2012, metodología y cuestionario. Chile: 2011. Available from: <http://interwp.cepal.org/badehog/pdf/7/1047/Casen2011cues.pdf>
  11. Cantril H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick (US): Rutgers University Press; 1965.
  12. Vázquez C, Hervás G, Rahona J, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *APCS* [Internet]. 2009 [cited 2015 Sep 24]; 5:15-28. Available from: [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_5\\_esp\\_15-28.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf)
  13. Vera P, Celis K. Positive and negative affect as mediator of the relationship optimism-health: evaluation of a structural model universitat. *Psychologica* [Internet]. 2014 jul-aug [cited 2015 Sep 25]; 13(2):15-23. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/7384/8743>
  14. Rodríguez A, Goñi A. La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología* [Internet]. 2011 May [cited 2015 Oct 02]; 27(2):327-32. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16720051008.pdf>
  15. Llobet MP, Ávila NR, Farràs JF, Canut MTL. Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 May-Jun [cited 2015 Oct 02]; 19(3):467-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300004>
  16. Tavares DMS, Santos DM, Dias FA. Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2015 Oct 02]; 21(1):112-20. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en\\_a13v21n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a13v21n1.pdf)
  17. McKee G, Kearney PM, Kenny RA. The factors associated with self-reported physical activity in older adults living in the community. *Age Ageing*, [Internet]. 2015 Jul [cited 2016 Jun 14] 44(4):586-92. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/44/4/586.full.pdf+html>
  18. Freedman VA, Stafford F, Schwarz N, Conrad F, Cornman JC. Disability, participation, and subjective wellbeing among older couples. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 10]; 74(4):588-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371257/pdf/nihms348529.pdf>
  19. Moyano E, Ramos N. Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región del Maule. *Universum* [Internet]. 2007 [cited 2016 Jun 14]; 2(22):184-200. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-23762007000200012&lng=es&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-23762007000200012&lng=es&lng=es)
  20. Ergin I, Mandiracioglu A. Demographic and socioeconomic inequalities for self-rated health and happiness in elderly: the situation for Turkey regarding world values survey between 1990 and 2013. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015 Sep-Oct; .61(2): 224-30.
  21. Oishi S, Diener E. Can and should happiness be a policy goal? Policy insights from the behavioral and brain Sciences. [Internet] 2014 [cited 2015 Oct 10]; 1(1):195-203. Available from: <http://bbs.sagepub.com/content/1/1/195.full.pdf+html>
  22. Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. Concept of loneliness, and perception of their current life moment, among elderly adults from Bello, Colombia, 2007. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2009 May-Ago [cited 2015 Oct 10]; 27(2):153-63. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a06.pdf>

23. Soares MBO, Tavares DMS, Diniz DMA, Geib S. Morbidity, functional capacity and quality of life of elderly women. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010 Oct-Dec [cited 2015 Oct 20]; 14 (4):705-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a08.pdf>
24. Virtuoso Júnior JS, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS, Ribeiro MCL, Tribess S. Prevalence of disability and associated factors in the elderly. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2015 Abr-Jun [cited 2016 Aug 18]; 24(2):521-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00521.pdf>
25. Duarte MCS, Fernandes MGM, Rodrigues RAP, Nobrega MML. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2013 Nov-Dec [cited 2015 Oct 29]; 66(6):901-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/14.pdf>
26. Rubio L, Dumitrache CG, Rubio-Herrera R. Activity involvement and extraversion as predictors of psychological wellbeing in older people. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016; 51(2):75-81.

Correspondencia: Maria Cecilia Toffoletto  
Calle Sazie, 2212, 6° piso  
Santiago, Chile  
E-mail: mtoffoletto@unab.cl

Recebido: 16 de dezembro de 2015  
Aprovado: 19 de setembro de 2016