



UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA
METROPOLITANA
del Estado de Chile

ISSN: 0719-3688
Vol. 13 / Nº 1
Primer semestre 2025

REVISTA DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y ESTRATÉGICOS

PROGRAMA DE ESTUDIO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS



Visita nuestro sitio web

PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN ADULTOS MAYORES: UNA MIRADA DE SALUD PÚBLICA SOBRE EL ANÁLISIS DE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES PARA PROMOVER UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

*PERCEPTION OF STRESS IN OLDER ADULTS: A
PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE ON THE ANALYSIS OF
DEMOGRAPHIC AND PSYCHOSOCIAL FACTORS TO
PROMOTE ACTIVE AND HEALTHY AGING*

*PERCEPÇÃO DO STRESS NOS IDOSOS: UMA
PERSPECTIVA DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE A ANÁLISE
DOS FATORES DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS PARA
PROMOVER UM ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL*

autores

Dra. Doris Sequeira Daza*
Mg. Carolina Muñoz-Vergara**
Mg. Carolina Núñez Ruiz***
Mg. Javier González Cuevas****

Artículo recibido el 6 de mayo de 2025
y aceptado el 8 de mayo de 2025

RESUMEN

Chile está atravesando una transición demográfica avanzada, caracterizada por un envejecimiento sostenido de su población. Actualmente, las personas mayores de 60 años representan el 17,5% del total y de acuerdo con las proyecciones poblacionales de 2019 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para 2050 la población de personas mayores en Chile representará un 32% del total (6.430.169 personas) (CEPAL, 2021). Frente a este fenómeno, se han implementado diversas políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y a mitigar los efectos que este cambio demográfico puede generar sobre el sistema de salud pública. Este proceso de envejecimiento conlleva transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, donde el estrés —tanto positivo como negativo— incide en la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores, exacerbando condiciones como la ansiedad y la depresión. El objetivo fue evaluar el nivel de estrés percibido por mayores de 60 años que viven en San Bernardo y la Serena en Chile, y su relación con variables demográficas y psicosociales. Participaron 290 personas de dos ciudades chilenas, 84% fueron mujeres. Para comparar niveles de estrés se utilizaron pruebas t de Student y ANOVA

de un factor, mediante software SPSS v.20. El 31,6 % presenta estrés, los hombres presentan estrés leve 28,3% y las mujeres presentan más estrés moderado 6,9%, sin diferencias estadísticamente significativas. Niveles altos en convivientes (18,8% leve y 6,5% moderado), enseñanza básica (22,2% moderado), tres patologías (33,3% y 50%), viven acompañados (77,8% y 50%), estado depresivo (38,9% moderado). El estrés impacta significativamente con escolaridad y depresión. Amerita diagnóstico precoz e implementación de programas para mejorar la calidad de vida y disminuir el estrés

PALABRAS CLAVE: estrés psicológico, personas mayores, salud pública, envejecimiento activo, factores psicosociales

* Enfermera. Doctora en gerontología. Docente-investigadora, Instituto de Investigación y Doctorados, Universidad Central de Chile, Santiago de Chile. Correo electrónico: doris.sequeira@ucentral.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1793-8372>.

** Enfermera. Magíster en Investigación en Ciencias de la Enfermería. Académica en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile, Santiago de Chile. Correo electrónico: carolina.munoz@ucentral.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8638-9146>.

*** Enfermera. Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida. Académica en la carrera de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile, Santiago de Chile. Correo electrónico: carolina.nunez@ucentral.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9507-6758>.

**** Psicólogo. Magíster en Bioestadística, Académico en la carrera de Psicología, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile, Coquimbo, Chile. Correo electrónico: javier.gonzalez@ucentral.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8748-3663>.

ABSTRACT

Chile is undergoing an advanced demographic transition, characterized by a sustained aging of its population. Currently, individuals over the age of 60 represent 17.5% of the total population, and projections indicate that by 2025, the proportion of people over 60 will equal that of those under 14. In response to this phenomenon, various public policies have been implemented to improve the quality of life of older adults and to mitigate the potential impacts of this demographic shift on the public health system. This aging process entails biological, psychological, and social changes, where stress—both positive and negative—affects the quality of life and well-being of older adults, exacerbating conditions such as anxiety and depression.

The objective of this study was to assess the level of perceived stress among individuals over 60 years of age living in the cities of San Bernardo and La Serena, and to analyze its relationship with demographic and psychosocial variables. A total of 290 participants from both cities took part, 84% of whom were women. Student's t-tests and one-way ANOVA were used to compare stress levels, using SPSS v.20. Results showed that 31.6% experienced stress; men presented mild stress (28.3%), while women exhibited higher levels of moderate stress (6.9%), though differences were not statistically significant. Higher stress levels were found among those living with others (18.8% mild, 6.5% moderate), those with only primary education (22.2% moderate), those with three comorbidities (33.3% mild, 50% moderate), and individuals living with companions (77.8% mild, 50% moderate) or presenting depressive symptoms (38.9% moderate). Stress was significantly associated with educational level and depression. These findings highlight the

need for early diagnosis and the implementation of programs aimed at improving quality of life and reducing stress among older adults.

KEY WORDS: psychological stress, elderly people, public health, active aging, psychosocial factors

RESUMO

O Chile está a passar por uma transição demográfica avançada, caracterizada por um envelhecimento constante da sua população. Atualmente, as pessoas com mais de 60 anos representam 17,5% do total e prevê-se que, em 2025, a proporção de pessoas com mais de 60 anos seja igual à das crianças com menos de 14 anos. Em resposta a este fenómeno, foram implementadas várias políticas públicas para melhorar a qualidade de vida dos idosos e atenuar os efeitos que esta mudança demográfica pode ter no sistema de saúde pública. Este processo de envelhecimento implica transformações biológicas, psicológicas e sociais, onde o stress - tanto positivo como negativo - afeta a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas, exacerbando condições como a ansiedade e a depressão. O objetivo foi avaliar o nível de stress percebido por pessoas com mais de 60 anos que vivem em San Bernardo e La Serena, no Chile, e a sua relação com variáveis demográficas e psicossociais. Participaram 299 pessoas de duas cidades chilenas, sendo 84% mulheres. Foram utilizados os testes t de Student e ANOVA de um fator para comparar os níveis de stress, utilizando o software SPSS v.20. Dentro da amostra, 31,6% apresentaram stress, Os homens apresentaram stress ligeiro 28,3% e as mulheres apresentaram stress mais moderado 6,9%, sem diferenças estatisticamente significativas. Níveis elevados entre pessoas que vivem em casal juntas (18,8% ligeiro e 6,5% moderado); ensino básico (22,2% moderado); três patologias (33,3% e 50%), pessoas que vivem com familiares ou amigos (77,8% e 50%), estado depressivo (38,9% moderado). O stress tem um impacto significativo na escolaridade e na depressão. É necessário um diagnóstico precoce

e a implementação de programas para melhorar a qualidade de vida e reduzir o stress.

PALAVRAS-CHAVE: stress psicológico, pessoas idosas, saúde pública, envelhecimento ativo, fatores psicossociais

INTRODUCCIÓN

Actualmente Chile se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica, con un aumento de la proporción de personas mayores de 60 años, la que representó en el año 2017 el 17,5% de la población total del país. Se estima que para el año 2025 existirá la misma proporción de menores de 14 años y de mayores de 60 años, proyectándose un aumento del 30% de persona mayores para el año 2050; es decir, casi un tercio de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2017). Esta transición, caracterizada por un envejecimiento sostenido de la población, ha llevado al Gobierno a implementar diversas políticas públicas como el: Plan Nacional de Salud Integral para personas mayores 2020-2030, que retoma la Política de Envejecimiento Positivo para Chile 2012. Orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y a reducir los efectos adversos que esta transición puede generar sobre el sistema de salud pública (Ministerio de Salud, 2021, 2023). Uno de los factores importantes y críticos que impactan el bienestar de las personas mayores es el estrés, agravando condiciones como la ansiedad y la depresión (Piña Morán et al., 2022), estos factores deben integrarse a las políticas actuales para reducción del estrés y alinearse con los objetivos de las políticas nacionales, ayudando a reducir las cargas sobre el sistema de salud mediante una atención preventiva más eficaz.

Desde 1990 hasta 2024, el desarrollo de intervenciones y programas públicos se ha centrado en ámbitos como la salud, los cuidados, las pensiones y la autonomía de las personas mayores. Estas políticas han puesto especial énfasis en abordar las diversas situaciones que enfrenta este grupo etario, tales como las desigualdades socioeconómicas y culturales, y la marginalización (Subsecretaría de Hacienda, Chile, 2024).

En el ámbito de la salud mental, se publica la Estrategia de Salud Mental para Personas Mayores, desarrollada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) en conjunto con el Ministerio de Salud de Chile. Esta iniciativa tiene un enfoque de promoción y protección de la salud mental a lo largo del curso de vida, abogando por entornos y condiciones vitales que favorezcan el bienestar psicológico de las personas mayores (Ministerio de Salud, 2023).

Dado el impacto del estrés en el bienestar de las personas mayores, tal como lo han evidenciado diversos estudios internacionales (Sequeira y Silva, 2017; García-Valdez et al., 2019), resulta fundamental que las políticas públicas incluyan medidas específicas para abordar los factores estresantes identificados en estas investigaciones. Las intervenciones orientadas a la reducción del estrés y a la promoción de la salud mental pueden contribuir de manera significativa a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fortaleciendo a su vez la sostenibilidad de las políticas públicas y reduciendo las cargas sobre el sistema de salud mediante una atención preventiva eficaz (Ramos et al., 2024).

En la vejez, se presentan múltiples cambios que son inherentes al proceso de envejecimiento; a nivel biológico se dan en órganos y sistemas del organismo; a nivel psicológico, en el estado cognitivo principalmente en la memoria y a nivel social; en la disminución o pérdida de las interacciones sociales y de los roles que cumplen las personas mayores en su entorno. Aunque estos cambios son propios del proceso de envejecimiento, se pueden sumar otros factores que pueden generar en las personas mayores distintos niveles de estrés, los cuales pueden condicionar o acelerar el proceso de envejecimiento (Sequeira y Silva, 2017) encontrándose entre ellos; una condición económica desfavorable, cambios del entorno y

de la interacción con personas significativas. Estos factores se constituyen como estresantes capaces de desencadenar respuestas neuroendocrinas y de comportamiento en las personas, como un intento de adaptación a dichos eventos estresores que afectan la calidad de vida e influyen en su percepción de bienestar (García-Valdez et al., 2019)

El estrés se puede definir como la respuesta psicobiológica de la persona frente a situaciones internas o externas que plantean demandas, limitaciones u oportunidades siendo el evento estresor o factor desencadenante de activar esta respuesta (Patlán, 2019; Quick et al., 2003; García-Valdez et al., 2019) siendo su percepción, el grado en que las personas evalúan cognitivamente estos cambios como retos, amenazas, daños o pérdidas. La forma en cómo las personas mayores perciben los estresores y sus principales determinantes será cómo se verán afectados por el estrés, a medida que sienten que sus niveles de control sobre ellos es menor, aumenta su nivel de estrés y, por tanto, su sensación de malestar (Palma-Ayllón, y Escarabajal-Arrieta, 2021).

El estrés puede ser tanto positivo como negativo, el positivo es esencial para el crecimiento y desarrollo de las personas, puede mejorar la calidad de vida y agregar años a la vida (Carstensen et al., 2011). El estrés negativo conocido también como distrés o presión favorece prácticas de salud más deficientes, incide en un mayor riesgo de enfermedad, progreso acelerado de la enfermedad presente, mayor referencia de síntomas, aumento en la utilización de los servicios de salud y mayor mortalidad (Ávila, 2014). Quick et al. (2003) refieren que el estrés es perjudicial cuando persiste por mucho tiempo afectando la salud física, psicológica y social, pudiendo generar sufrimiento, depresión, insomnio y fatiga (Andrés y Aznar, 2018), influir en la calidad de la comunicación, generar alteraciones en el comportamiento emocional, en la

función social, en los procesos intelectuales, en las creencias espirituales contribuyendo además, al desarrollo de enfermedades (Barros dos Santos, 2015) cardiovasculares y respiratorias (asma) y a un deterioro cognitivo por la pérdida de neuronas, particularmente en el hipocampo.

La percepción del estrés es un proceso de evaluación cognitiva, en este sentido, el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, psicológica y comportamental del estrés (la respuesta emocional del estrés se caracteriza principalmente por síntomas de ansiedad, irritación, ira, cólera, preocupación, tristeza, pánico y estados de desesperanza (Carmiña, 2018).

Entre los estresores más frecuentes se encuentran el sexo, la edad, la escolaridad, los ingresos económicos, algunos eventos vitales, la presencia de enfermedades, la cohabitación, la percepción del estado de salud, los estados depresivos, la soledad (Scott et al., 2011) y la percepción de apoyo social entre otros (Alpi et al., 2018; Donet et al., 2016).

En las personas mayores, los resultados son divergentes en cuanto a la influencia del sexo en la percepción del estrés, mientras algunos autores refieren que las mujeres presentan un nivel de estrés más alto que los hombres (Luft et al., 2007; Ezzati et al., 2014; Foong et al., 2018), otros no han encontrado esta asociación (Barros dos Santos et al., 2015).

La relación entre percepción de estrés y edad no está del todo clara, las investigaciones efectuadas no muestran coincidencias en sus resultados. Ezzati et al. (2014) y Zhang et al. (2014) en Estados Unidos y Osmanovic-Thunstrom (2015) en Suecia, encontraron que los niveles de estrés percibidos aumentaban al aumentar la edad de los participantes, aumento que fue atribuido a factores relacionados

con la salud y cognitivos, con la funcionalidad, la multimorbilidad, la discapacidad física y depresión, aspectos que eran más prevalentes en las personas de edad más avanzada. Lockenhoof et al. (2008) en otro estudio realizado en Estados Unidos y Trigo et al. (2010) en Brasil, encontraron que el estrés psicológico disminuía en forma gradual a medida que aumentaba la edad, lo que se explicaría por la capacidad de las personas con más edad, de interpretar los eventos como menos estresantes y desarrollar estrategias de afrontamiento, por lo que se enfocarían menos en las cosas negativas, disfrutando los aspectos positivos de la vida, existiendo una reevaluación positiva de las situaciones.

En cuanto a la escolaridad, los resultados obtenidos por Luft et al. (2007) muestran que cuanto mayor es la escolaridad, menor es el nivel de estrés. A diferencia de lo encontrado por Cohen y Janicki-Deverts (2012) y Trigo et al. (2010), quienes observaron que existía un mayor nivel de estrés en personas con mayores niveles educativos especialmente los con educación universitaria. Trigo et al. (2010) encontraron un mayor nivel de estrés en las personas solteras que casadas y Sanhueza et al. (2017) en las viudas y separadas que en las personas casadas.

Al considerar la situación económica de las personas, Cohen y Janicki-Deverts (2012) encontraron un mayor riesgo de salud asociado al estrés mientras más bajo era el estatus socioeconómico. Luft et al. (2007), analizando los cambios en la situación económica de las personas, no encontraron diferencias en la percepción del nivel de estrés entre los que mantuvieron su situación económica con los que la empeoraron; pero sí encontró diferencias en relación con si la renta alcanzaba para satisfacer sus necesidades básicas: presentaban un mayor nivel de estrés en aquellos cuyos ingresos no satisfacían sus necesidades básicas.

La asociación entre el nivel de estrés y la composición del hogar no está bien establecida, pues hay estudios que muestran que a mayor cantidad de personas en el hogar, el nivel de estrés percibido es más alto (Trigo et al., 2010; Cohen y Janicki-Deverts, 2012; Luchesi et al., 2016), mientras que otros estudios indican que las personas mayores que viven solas tienen un mayor nivel de estrés percibido (Osmanovic-Thunstrom et al., 2015).

El apoyo social es un elemento protector de la salud en las personas mayores, pues modera los efectos negativos del estrés, contribuyendo al bienestar y la satisfacción con la vida (Aguerre y Bouffard, 2008; Fernández et al., 2000). Vivaldi y Barra (2012) encontraron que el apoyo social percibido presentaba una relación significativa con el bienestar psicológico.

En relación con la percepción del estado de salud, las personas mayores que perciben su salud como regular, presentan mayor nivel de estrés que las que la consideran buena u óptima. (Luft et al., 2007; Vivaldi y Barra, 2012) al igual que aquellas que encuentran que su salud es mala o muy mala (Luchesi et al., 2016); las personas mayores que presentan hipertensión arterial, diabetes presentan un mayor nivel de estrés percibido que aquellos que no presentan enfermedades (Luft et al., 2007). Un mayor nivel de percepción de estrés se observa en las personas que presentan estados depresivos (Trigo et al., 2010; Barros dos Santos et al., 2015), angustia y una menor capacidad de afrontamiento (Ezzati et al., 2014).

En Chile no se encontraron estudios relacionados con la medición del nivel de estrés en las personas mayores en forma específica, solo como parte de estudios que incluyen a personas de 17 a 87 años (Sanhueza et al., 2017) y de 18 a 75 años (Calderón et al., 2017). Considerando que el estrés representa

un factor de riesgo para la salud física, psicológica y social que afecta el bienestar y calidad de vida de las personas mayores, es necesario investigar el nivel de estrés que perciben las personas mayores identificando aquellos factores estresantes que puedan estar influyendo en su percepción, de manera de implementar medidas de prevención de prevención primaria y secundaria para disminuir los niveles de estrés en las personas mayores.

Frente a estas consideraciones, este estudio tuvo por objetivo evaluar el nivel de estrés percibido por personas mayores de 60 años que viven en San Bernardo y La Serena y su relación con variables demográficas y psicosociales.

En la Tabla 1 se muestra el número y porcentaje de hombres y de mujeres que participaron en el estudio conforme su edad, estado civil, nivel educacional, cohabitación e ingresos.

1. METODOLOGÍA

1.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal- correlacional que tuvo como propósito evaluar el nivel de estrés percibido en personas de 60 o más años que participan en organizaciones comunitarias de las comunas de San Bernardo y La Serena, y la relación de este con factores demográficos y psicosociales, durante abril-septiembre.

1.2 Participantes

Participaron voluntariamente 291 personas mayores de 60 años (46 hombres y 245 mujeres) pertenecientes a diferentes organizaciones comunitarias de las comunas de San Bernardo y La Serena, cuyas edades variaron entre 60 y 90 años ($m=72,1$ años, $DE=6,7$). Como *criterios de inclusión* para participar en el estudio, se consideraron la edad: tener 60 y más años; sin deterioro cognitivo medido a través del Mini-Mental State Examination abreviado y la voluntad de participar.

Tabla 1. Características de los participantes según sus características demográficas

Características demográficas		Hombres		Mujeres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	60-64 años	7	15.2	34	13.9	41	14.1
	65-69 años	6	13.0	61	24.9	67	23
	70-74 años	12	26.1	63	25.7	75	25.7
	75-79 años	13	28.3	49	20.0	62	21.3
	80 y más	8	17.4	38	15.5	46	15.8
Estado Civil	Soltero	3	6.5	29	11.8	32	11
	Casado/conviviente	34	73.9	112	45.7	146	50.17
	Separado/divorciado	1	2.2	32	13.1	33	11.34
	Viudo	8	17.4	72	29.4	80	27.5
Escolaridad	No lee ni escribe	1	2.2	6	2.4	7	2.40
	Básica	22	47.9	110	44.9	122	41.9
	Media	15	32.6	90	36.8	105	36.1
	Técnica	6	13.0	28	11.4	34	11.7
	Universitaria	2	4.3	11	4.5	13	4.7
Cohabitación	Vive solo	2	4.3	48	19.6	50	17.18
	Vive acompañado ^a	44	95.7	197	80.4	241	82.8
Ingresos	Cubre sus necesidades	7	15.2	36	14.7	43	14.8
	A veces	9	19.6	22	9.0	31	10.65
	No cubre	30	65.2	187	76.3	217	74.6

Fuente: elaboración propia.

Nota. 49.5 vive con esposo, 33.0 vive con hijos, 13.1 vive con nietos.

1.3 Instrumento y variables

Se construyó un instrumento sin características psicométricas para recolectar información relacionada con características demográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, nivel de ingresos, cohabitación y composición del grupo familiar; las variables psicosociales como el estado depresivo, la percepción de apoyo social fueron medidas a través de las siguientes escalas:

Depresión

Esta variable se midió a través de la Escala de Depresión de Yesavage (GDS-15), que consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. En un estudio realizado en Colombia por Gómez et al. (2010), presentó una consistencia interna de 0,78.

Apoyo social

Para su medición se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social MOS, constituido por 20 ítems. El primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado, los demás se estructuran de acuerdo con una escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). Permite investigar el apoyo social global y cuatro dimensiones: afectiva (demostración de amor, cariño y empatía), interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), instrumental (posibilidad de ayuda doméstica) y emocional/informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). El índice global puntúa en un rango de 19 a 95, siendo mayor el apoyo social percibido cuanto mayor es este puntaje; en un estudio realizado por Sequeira (2011) con personas mayores de 60 años chilenas, obtuvo un alfa de Cronbach de 0,95 para la puntuación total.

Escala de Estrés Percibida

Evalúa en qué medida la persona percibe como estresantes diversos factores de su vida cotidiana, sin plantearle estímulos concretos, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Sanhueza et al. (2017), en la aplicación en una muestra de trabajadores chilenos entre 17 y 83 años, obtuvieron una consistencia de 0,83.

El impacto de la enfermedad

Fue medido a través del *Índice de Comorbilidad de Charlson*: instrumento pronóstico de comorbilidad-

des utilizado en ancianos para predecir hospitalizaciones, reacciones adversas a fármacos, mortalidad y deterioro cognitivo. Consta de 19 condiciones médicas ponderadas de 1 – 6 con resultados totales que varían de 0 – 34. Se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Tiene una fiabilidad de 0.945 (Blanco et al., 2011) en adultos mayores. Se realizó una prueba piloto del instrumento final en San Bernardo, con 50 personas mayores. El análisis de los datos obtenidos determinó la eliminación de la escala que mide el Índice de Coherencia por no obtener el índice de consistencia aceptable. El análisis de confiabilidad (mediante Coeficiente Alpha de Cronbach) de las escalas, se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Confiabilidad de las escalas utilizadas

Escala	Alfa de Cronbach
Escala de Depresión de Yesavage	.653
Cuestionario de Apoyo Social de Mos	.914
Escala de Estrés Percibido	.809
Índice de Comorbilidad de Charlson	1

Fuente: elaboración propia.

1. 4 Procedimiento de recogida de datos

Se prepararon tres estudiantes para aplicar el instrumento en los meses de abril a septiembre de 2017, quienes concurrieron a las organizaciones comunitarias de las ciudades de San Bernardo y La Serena previa coordinación con la Oficina Comunal del Adulto Mayor de los municipios respectivos. A las personas que aceptaron voluntariamente participar, se les explicó en qué consistía el estudio y se les solicitó firmar el consentimiento informado antes de comenzar a responder el instrumento.

1.5 Tratamiento de los datos

Los datos obtenidos en las entrevistas fueron recogidos en una base de datos creada en el programa SPSS v20.0, la representación gráfica de los resultados se ha realizado mediante el paquete Office 2007, a través del programa Excel.

1.6 Análisis de la información

En primer lugar, se realiza un *análisis descriptivo*, mediante tablas de frecuencia y estadígrafos básicos (tendencia central y dispersión) para caracterizar a los participantes tanto por factores sociodemográficos como por las variables de estudio. Luego, para analizar la asociación entre estrés percibido y las variables estudiadas, se calcularon los coeficientes Rho de Spearman (al evaluar variables numéricas y puntaje total de estrés) y coeficiente chi-cuadrado (variables categóricas). Para analizar la característica psicométrica de confiabilidad se realizó un análisis de *consistencia interna* (Coeficiente Alfa de Cronbach).

Finalmente se realizaron comparaciones de los niveles de estrés percibido según sexo, estado civil, edad, nivel de estudios, ingresos y cohabitación mediante pruebas no paramétricas (de la mediana para 2 grupos y Anova, para no Paramétrica para más de 2 grupos), pues no se cumplían todos los requisitos para comparar medias (análisis de normalidad mediante prueba K-S y Shapiro-Wilk).

1.7 Consideraciones éticas

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad.

RESULTADOS

Del análisis de la Tabla 1 se puede comentar que los participantes fueron mayoritariamente mujeres (76,3%), quienes se concentraron entre los 70 y 79 años (45,7%). El 50,2% de los participantes al momento del estudio se encontraba casado o conviviendo y un 27,5% viudo; el 41,9% de ellos tienen al menos, ocho años de estudios, un 2,4% no sabe leer ni escribir; el 82,8% vive en compañía de algún familiar y un 17,2% vive solo. El ingreso mínimo y máximo fluctúa entre \$1.500.000 y los \$10.000, con una media de \$179.000, que en un 74,6% no cubre sus necesidades.

Del análisis descriptivo de las variables psicosociales (Tabla 3) se puede comentar que el 57,8% de mujeres participantes, percibe que su salud es buena, cifra cercana a la de los hombres 56,5%. Estos últimos son los que presentan más patologías crónicas (34,8%) tienen dos patologías y son los que consumen dos medicamentos al menos (55,2%) y más de cuatro (13,1%). El 14,3% de las mujeres cursan una depresión leve, mientras que los hombres perciben un nivel de estrés moderado (28,3%), un 37% percibe no tener apoyo social. Las participantes mujeres presentan menos comorbilidades que los hombres.

Tabla 3. Características de los participantes según sus características psicosociales

Características psicosociales		Hombres		Mujeres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Percepción de salud	Muy mala	1	2,2	2	0,8	3	1
	Mala	2	4,3	10	4,1	12	4,1
	Regular	14	30,4	70	28,7	84	29
	Buena	26	56,5	141	57,8	167	57,6
	Muy buena	3	6,5	21	8,6	24	8,3
Número patologías	Sin patologías	1	2,2	11	4,5	12	4,1
	Una patología	18	39,1	61	25	79	27,2
	Dos patologías ^a	16	34,8	82	33,6	98	33,8
	Tres patologías	6	13	60	24,6	66	22,8
	Cuatro y más	5	16,7	30	12,2	35	12
Índice de comorbilidad	Ausencia comorbilidad	28	60,9	173	70,9	201	69,3
	Comorbilidad baja	6	13	26	10,7	32	11
	Comorbilidad alta	7	15,2	24	9,8	31	10,7
Nº de fármacos ingeridos	No toma	1	2,2	26	10,7	27	9,3
	Uno	11	23,9	44	18	55	19
	Dos	24	55,2	111	45,5	135	46,6
	Tres	3	6,5	31	12,7	34	11,7
	Cuatro - cinco	6	13,1	27	11,1	33	11,4
	Más de seis	1	2,2	5	2	6	1,1
Estado depresivo	Normal	42	91,3	203	83,2	245	84,5
	Depresión leve	2	4,3	35	14,3	37	12,8
	Depresión establecida	2	4,3	6	2,5	8	2,8
Estrés percibido	Sin estrés	32	69,6	178	72,7	210	72,2
	Estrés moderado	13	28,3	48	19,6	61	21
	Riesgo intermedio	1	2,2	17	6,9	18	6,2
	Estrés alto	0	0	2	0,8	2	0,7
Apoyo Social	Si	29	63	159	65,2	188	64,8
	No	17	37	85	34,8	102	35,2

Fuente: elaboración propia.

Nota. 64.6 tiene HTA, 42.6 Artrosis, estas dos son las más frecuentes dentro de los participantes.

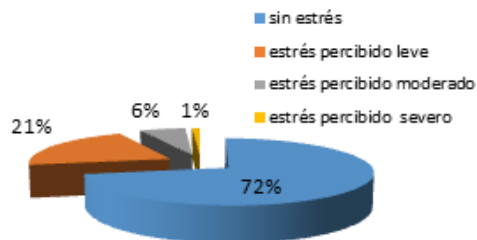
En la Tabla 4 se reportan los puntajes mínimos y máximos, las medias y desviaciones estándares de las variables psicosociales.

Tabla 4. Puntajes mínimos, medias y desviaciones estándares de las variables psicosociales

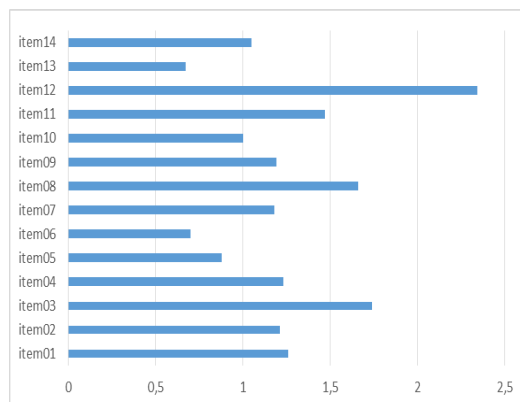
Variable	Pje. Mínimo	Pje. Máximo	Media	DE
Percepción de salud	0	10	6,43	1,66
Número de patologías	0	3	1,22	0,75
Índice de comorbilidad	0	99	9,89	28
Apoyo social	20	95	66,45	16,44
Estrés percibido	0	43	16,19	8,83
Depresión (GDS-15)	0	14	3,25	2,41

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la percepción de estrés (Figura 1), el 28% de los participantes presenta algún nivel de estrés, siendo el puntaje mínimo de 0 puntos y el máximo de 43 con una ds de 8,83. Los ítems que obtienen una media mayor son el 12 “En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?” media de 2,35 y el 33 “en el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?” con una media de 1,73.

Figura 1. Distribución porcentual de estrés percibido

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Distribución de los puntajes del nivel de estrés

Fuente: elaboración propia.

La distribución de los participantes según sus características demográficas relacionadas con el nivel de estrés se muestra en la Tabla 5, de la cual se puede desprender que los hombres presentan un nivel de estrés leve porcentualmente mayor 28,3% que las mujeres y que las mujeres más que los hombres presentan un nivel de estrés moderado (6,9%). La edad en que los adultos mayores presentan mayores porcentajes de estrés leve, moderado y severo es entre los 70 y 79 años, los hombres solteros y los que viven en pareja perciben niveles leves de estrés, mientras que las mujeres perciben más estrés en su condición de viudas.

De los participantes que presentan estrés moderado, el 33,3% es viudo, el 22,2% tiene al menos ocho años de escolaridad, el 77,8% viven acompañados y el 77,8% expresa que sus ingresos no cubren sus necesidades. De los participantes que presentaron estrés severo, el 100% está entre los 70 y 79 años, el 50% son solteros y el 100% expresa que sus ingresos no cubren sus necesidades. No obstante, en ninguna variable se observan diferencias significativas entre sus categorías.

Tabla 5. Distribución de los participantes según sus características demográficas y su nivel de estrés percibido

Nivel de estrés percibido		Sin estrés n=210	Estrés percibido leve n=61	Estrés percibido moderado n =18	Estrés percibido Severo n =2
Sexo	Hombre	69,6%	28,3%	2,2%	0%
	Mujer	72,7%	19,6%	6,9%	0,8%
Edad	60-64 años	12,4%	18%	22,2%	0,0%
	65-69 años	23%	19,7%	38,9%	0,0%
	70-74 años	27,8%	19,7%	16,7%	50%
	75-79 años	21,5%	23%	11,1%	50%
	80 y más	15,3%	19,7%	11,1%	0,0%
Estado Civil	Soltero ^a	10,5%	13,1%	5,6%	50%
	Casado ^b /conviviente ^c	73,9%	18,8	6,5	0.7
	Separado/divorciado	7,7%	11,5%	5,6%	0,0%
	Viudo ^d	27,7%	27,9%	33,3%	0,0%
Escolaridad	No lee ni escribe	2,4%	1,6%	5,6%	0,0%
	Básica	19,6%	19,7%	22,2%	0,0%
	Media	20,1%	16,4%	16,7%	0,0%
	Técnica	11%	16,4%	5,6%	0,0%
	Universitaria	4,8%	4,9%	0,0%	0,0%
Cohabitación	Vive solo	16,7%	16,4	22,2%	50%
	Vive acompañado	83,3%	83,6%	77,8%	50%
Ingresos	Cubre necesidades	14,4%	16,4	11,1%	0,0%
	A veces	12%	6,6%	11,1%	0,0%
	No cubre	73,3%	77%	77,8%	100%

Fuente: elaboración propia.

Nota: ^a 66.7% de los hombres solteros percibe estrés.^b 21.9% percibe estrés.^c 50% percibe estrés.^d 27% de las mujeres viudas perciben niveles leves-moderados de estrés.

Al analizar la asociación entre el nivel de estrés percibido y las variables psicosociales, se encuentra que las personas que perciben su salud como buena (55,6%), las que tienen más de tres patologías (33,3%), las que presentan una comorbilidad alta (16,7%), las que ingieren dos y más medicamentos (55,6%), las con síntomas depresivos leves (38,9%)

y las que perciben que no cuenta con apoyo social (66,7 %) perciben estrés moderado.

La asociación entre las variables psicosociales y el nivel de estrés se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de los participantes según sus características psicosociales y su nivel de estrés percibido

Características psicosociales		Sin estrés n=210	Estrés percibido leve n=61	Estrés percibido moderado n=18	Estrés percibido Severo n=2
Percepción de salud	Muy mala	0	3,3	5,6	0
	Mala	3,3	6,6	5,6	0
	Regular	28,2	31,1	33,3	0
	Buena	58,4	54,1	55,6	100
	Muy buena	10	4,9	0	0
Número patologías	Sin patologías	4,8	3,3	0	0
	Una patología	27,8	27,9	16,7	50
	Dos patologías	35,9	32,8	16,7	0
	Tres patologías	21,5	23	33,3	50
	Cuatro y más	10	13,1	33,3	0
Índice de comorbilidad	Ausencia comorbilidad	73,7	59	61,1	0
	Comorbilidad baja	11	9,8	11,1	50
	Comorbilidad alta	9,1	13,1	16,7	50
N.º de fármacos ingeridos	No toma	10	6,6	11,1	0
	Uno	21,1	16,4	5,6	0
	Dos	46,9	41	55,6	100
	Tres	10	18	11,1	0
	Cuatro - cinco	11	14,8	5,6	0
Estado depresivo	Más de seis	1	3,3	11,1	0
	Normal	89,5	77	50	100
	Depresión leve	9,6	16,4	38,9	0
Apoyo Social	Depresión establecida	1	6,6	11,1	0
	Si	70,8	55,7	33,3	0
	No	29,2	44,3	66,7	100

Fuente: elaboración propia.

Al estudiar la asociación entre estrés percibido y los factores estudiados se encuentra que está asociado con Apoyo Social ($\chi^2 = 18.461$, valor $p=0.000$) y Riesgo de Depresión ($\chi^2 = 25.128$, valor $p=0.000$), lo cual se repite al analizar los coeficientes numéricos para Apoyo Social ($\rho = -0.485$, valor $p=0.000$) y Riesgo de Depresión ($\rho = 0.379$, valor $p=0.000$); es decir, al aumentar el

Apoyo Social disminuye el Estrés Percibido y, al aumentar el Estrés Percibido aumenta el riesgo de Depresión.

3. DISCUSIÓN

El impacto del estrés en la salud física y mental de los adultos mayores subraya la importancia de políticas públicas que prioricen la promoción de la salud mental. Un informe reciente de la Organización Panamericana de la Salud, indica que intervenciones personalizadas en atención primaria pueden ser efectivas para abordar problemas de salud mental en ancianos (2022). En este contexto, Chile necesita reforzar su atención primaria para incluir la capacitación específica sobre el manejo del estrés en adultos mayores. En el ámbito de la atención primaria, es fundamental fortalecer el enfoque comunitario, es necesario promover el análisis integral de los servicios sociales de los territorios en donde se encuentran las personas mayores, así como optimizar la evaluación de recursos sociales y económicos, aspectos de movilidad, desigualdades sociales, elementos socioculturales y la participación cívica. Además, es importante impulsar programas intergeneracionales y actividades educativas dirigidas al envejecimiento activo, que faciliten el contacto entre diferentes generaciones. Estas intervenciones sociales no solo favorecen el envejecimiento saludable, sino que también fortalecen la salud física y mental, las habilidades sociales y las relaciones tanto de las personas mayores como de los otros miembros de la comunidad (Canedo-García, 2021).

El principal objetivo de esta investigación fue evaluar el nivel de estrés percibido por personas mayores de 60 años y su relación con algunas variables demográficas y psicosociales, en el marco del Plan Nacional de Salud Integral para personas mayores.

Este estudio subraya la necesidad de políticas públicas que no solo respondan al crecimiento de la población anciana, sino que se orienten

hacia la promoción de su bienestar integral. En un contexto como el chileno, donde las diferencias socioeconómicas y el acceso a recursos varían ampliamente, las políticas deben garantizar un acceso equitativo a servicios de salud mental y programas de apoyo social.

Los resultados del PSS 14 de este estudio son menores a los encontrados en otros estudios realizados en Chile, así tenemos que en este estudio, los participantes obtuvieron una media de 16,19 con un puntaje máximo de 45 puntos, mientras que Sanhueza et al. (2017) obtuvieron una media de 22,57 y 50 puntos como puntaje máximo y Calderón et al. (2017), una media de 21,37 con 41 puntos, esta diferencia entre los estudios puede deberse a que los participantes de este estudio son todos mayores de 60 años, a diferencia de los participantes en el estudio realizado por Sanhueza et al. (2017), que tenían entre 17 y 87 años y a los de Calderón et al. (2017) que tenían entre 18 y 75 años. Existiendo evidencia en los estudios de Lockenhoof et al., (2008) en Estados Unidos y Trigo et al. (2010) en Brasil que, a mayor edad, habría menor percepción de estrés.

Los hallazgos en relación con el sexo muestran que tanto mujeres como hombres presentan determinados niveles de estrés, los hombres presentan en mayor proporción niveles de estrés leves (28,3) y las mujeres, estrés moderado (6,9%) resultado que sería concordante con lo encontrado por (Luft et al., 2007; Ezzati et al., 2014 y Foong et al., 2018), lo cual quizá sea resultado de que a las mujeres se les ha responsabilizado de las múltiples tareas del mundo doméstico y del cuidado de las demás personas dentro y fuera de la familia (Andrés y Aznar, 2018). Lo que estaría relacionado con el edadismo, que colabora con invisibilizar el trabajo doméstico y de cuidado que realizan las mujeres en la última etapa del curso vital, como una con-

tribución fundamental a las familias y sociedades (Aguirre-Cuns y Scavino-Solari, 2016).

La edad en que las personas mayores presentan mayores porcentajes de estrés leve, moderado y severo se ubicó en el rango de los 70 y 79 años (50% severo), disminuyendo a medida que aumentaba la edad, no encontrándose estrés severo después de los 80 años, lo que coincide con los estudios de Lockenhoof et al. (2008) y Trigo et al. (2010), lo que se explicaría por la capacidad de las personas con más edad de interpretar los eventos como menos estresantes y desarrollar estrategias de afrontamiento, por lo que se enfocarían menos en las cosas negativas, disfrutando los aspectos positivos de la vida.

En relación con el estado civil, el 50 % de las personas mayores que presentaron estrés severo eran solteras, un 33,3%, viudas, estados civiles con mayor probabilidad de niveles de estrés más alto coincidentes con los resultados de los estudios de Trigo et al. (2010), quienes encontraron mayores niveles de estrés en las personas solteras, y Sanhueza et al. (2017) en las viudas, es decir, en personas sin pareja o que la habían perdido. La explicación de estos resultados podría encontrarse en la asociación que tiene la soledad con el estrés, Sequeira (2011), en su estudio sobre la soledad en las personas mayores, encontró que el no tener pareja es un factor que se asocia con la posibilidad de experimentar soledad y esta a su vez es un factor de riesgo para experimentar estrés como lo plantean Scott et al. (2011), en su estudio sobre los factores que contribuían a la percepción de estrés en la vejez.

Los participantes de este estudio con educación básica (ocho años de estudio), en un 22,2% perciben un nivel moderado de estrés, encontrándose que a medida que aumentaba la escolaridad,

disminuía el nivel de estrés percibido, resultado coincidente con los resultados obtenidos por Luft et al. (2007), pero diferentes a lo encontrado por Cohen y Janicki-Deverts (2012) y Trigo et al., 2010, quienes observaron que existía un mayor nivel de estrés en personas con mayores niveles educativos especialmente los con educación universitaria.

El 50% de las personas mayores que viven solas y acompañadas manifiestan un estrés percibido severo, resultados que coinciden con lo manifestado por algunos autores en que el impacto de esta variable no está del todo clara como causa de estrés (Cohen y Janicki-Deverts, 2012; Trigo et al., 2010; Luft et al., 2007) encontraron que a mayor número de personas viviendo en el hogar, el nivel de estrés percibido era más alto lo que podía deberse a mayores responsabilidades hogareñas, en Chile de acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (2015), un 34,2% de las personas mayores son jefes de hogar, un 11,2% son familias extensas conformadas por hijos que en algunos casos han vuelto a casa de los padres por razones económicas. En cuanto al vivir solo, resultado coincide con los estudios de Osmanovic-Thunstrom et al., (2015) y su relación con el estrés moderado, puede deberse que, aunque algunas personas mayores manifiestan sentirse bien viviendo solas, algunas manifiestan su preocupación en caso de que les ocurriera algún incidente como caídas o descompensación de sus patologías crónicas, no tendrían quién les ayudara (Sequeira et al., 2016).

La asociación entre el ingreso y el nivel de percepción de estrés, los resultados de este estudio en que el 100% de las personas en las que su nivel de ingresos no alcanza a satisfacer sus necesidades básicas perciben un nivel de estrés severo es coincidente con lo encontrado por (Luft et al., 2007), quien encontró relación entre el nivel de ingresos y un mayor nivel de estrés. Lo anterior se

podría relacionar con una falta de apoyo material que es parte del apoyo social, que es tan o igual de importante que el apoyo familiar. Esta falta de apoyo material, que deja a las personas mayores en situación de vulnerabilidad económica se relaciona con una serie de estereotipos sociales, tales como considerarlos personas enfermas, dependientes y dependientes sociales (Castellano Fuentes, 2014), transformándolos en objetos de beneficencia y no en sujetos con derechos. Solo al reconocer estos derechos, mediante políticas públicas nacionales enfocadas integralmente en la persona mayor, permitirán superar situaciones de vulnerabilidad (Callejas y Marín, 2016). El aumento en la longevidad de las mujeres no se traduce en un mayor ni mejor acceso a las pensiones: las mujeres perciben ingresos un 30% inferiores en comparación con los hombres (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2017).

Otra variable estudiada fue el apoyo social percibido, los participantes que no percibían apoyo social presentaron mayores nivel de estrés percibido (100% estrés severo), resultado que se puede asociar con lo referido por Aguerre y Bouffard (2008); Fernández et al. (2000) Vivaldi y Barra (2012), en relación con que el apoyo social es un elemento protector de la salud en las personas mayores, pues modera los efectos negativos del estrés contribuyendo al bienestar; por lo tanto, al no percibir apoyo social, no se contaría con este efecto protector.

En este estudio se encontró que los participantes que perciben su salud como buena (100%), son las que perciben un nivel severo de estrés, resultado no coincidente con lo encontrado por Luft et al. (2007) y Luchesi et al. (2016), quienes encontraron que los ancianos que perciben su salud como regular, mala o muy mala, presentan un mayor nivel de estrés que los que la consideran buena o óptima.

En cuanto a que las personas mayores que presentan problemas de salud, los resultados de este estudio son coincidentes con los resultados obtenidos (Luft et al., 2007), quienes refieren que el tener problemas de salud aumentan la percepción de estrés especialmente en aquellas que tienen hipertensión arterial, los resultados obtenidos en este estudio evidenciaron que los participantes que tenían más de tres patologías (50%), los que presentaban una comorbilidad alta (50%), las que ingerían dos y más medicamentos (100%) y con una alta prevalencia de hipertensión arterial, presentaban estrés percibido como severo.

De igual manera, los participantes con síntomas depresivos leves (38,9%) y establecidos (11,1%) perciben un nivel mayor de estrés que aquellos no presentan estados depresivos, resultados coincidentes con los obtenidos por Ezzati et al. (2014), Trigo et al. (2010) y Barros dos Santos et al. (2015), quienes encontraron un mayor nivel de percepción de estrés en las personas con depresión.

A partir de los resultados obtenidos, recomendamos más desarrollo e implementación de programas comunitarios que promuevan el bienestar emocional y reduzcan la percepción de estrés en adultos mayores. Las políticas deben fomentar espacios de socialización y apoyo emocional, ya que el apoyo social demostrado en la literatura (Aguerre y Bouffard, 2008) actúa como un amortiguador frente al estrés (Muntsant et al., 2021).

4. CONCLUSIONES

En términos de distribución de la percepción de estrés, se observan niveles de estrés moderado significativamente más altos en mujeres, en los participantes entre los 70 y 79 años y en viudos. Estrés severo en los con ocho años o menos de

escolaridad, en los solteros, en los que viven solos y acompañados, en aquellos cuyos ingresos no alcanzan a cubrir sus necesidades, en los que perciben su salud como buena, en los que cursan con tres o más patologías e ingieren dos o más fármacos, presentan un índice de comorbilidad alta, estados depresivos establecidos y en los que no cuentan con apoyo social.

Se aporta además con información sobre la percepción de los niveles de estrés en forma específica en personas mayores de 60 años, grupo etario que aumenta en forma acelerada en el país y aunque los niveles de estrés encontrados sólo alcanzó al 28% de los participantes, los efectos del estrés en la salud física, emocional y social reportados por la literatura requieren especial atención por parte de los equipos de salud que se desempeñan a nivel primario de manera de implementar actividades de prevención primaria que permitan fomentar hábitos saludables y actividades de autocuidado a través de la educación así actividades de prevención secundaria que permitan identificar en forma precoz a aquellas personas mayores que presentan patologías crónicas, polifarmacia, estados depresivos y que viven en compañía, factores que inciden en la percepción de mayores niveles de estrés y que sólo pueden ser pesquisados en forma precoz a través de la valoración geriátrica integral e interviniendo para minimizar sus efectos.

Futuros análisis deberían estar dirigidos a personas mayores que no participan en organizaciones comunitarias, a identificar los motivos por los cuales el vivir en compañía genera estrés, así como también la asociación con la soledad y la autoeficacia y la forma en que afrontan las dificultades que se les presenta.

Para finalizar, es necesario señalar aquellas limitaciones del presente estudio que deben ser tomadas

en consideración con el propósito de mejorarlo y orientar los futuros avances, entre las limitaciones que podemos mencionar al estudio fue la selección de los participantes lo que no permite extrapolar totalmente los resultados del estudio a toda la población mayor de 60 años pero aunque no sea pueda extrapolar este estudio contribuyó a aumentar el conocimiento sobre la percepción del estrés en las personas mayores de 60 años. Además aunque se obtuvo una confiabilidad que permitía la aplicación del PSS14 para medir el nivel de percepción de estrés, sería recomendable validarlo en población de personas mayores de 60 años chilenas así como complementarlo con la identificación de las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos para superar el estrés.

El fortalecimiento de la atención primaria es esencial para cumplir con los objetivos establecidos en la Estrategia Nacional para la Salud del Envejecimiento (García et al., 2024). La inclusión de capacitaciones para profesionales de salud sobre identificación y manejo temprano del estrés y depresión puede ser fundamental para el éxito de estas políticas. La interconexión entre factores psicosociales y el estrés en la vejez, sugiriendo que las políticas públicas deben incorporar estos elementos al enfoque holístico de la salud del adulto mayor. Según el Ministerio de Salud (2023), los programas que integran atención a la salud mental y fortalecimiento de redes de apoyo responden de manera más efectiva a los desafíos que presenta el envejecimiento demográfico en Chile.

5. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dirección de Investigación de la Universidad Central por el financiamiento otorgado para desarrollar esta investigación, a las Oficinas

Comunales del Adulto mayor de las comunas de San Bernardo y La Serena quienes proporcionaron los datos de contacto de las diferentes organizaciones comunitarias y a todos los y las participantes en este estudio, por su tiempo y disposición para colaborar con la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIRRE CUNS, R. y SCAVINO SOLARI, S. (2016). Cuidar y ser cuidado en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. *Papeles de Identidad. Contar la investigación de Frontera*, 2016(1), 1-41. Recuperado de: <https://doi.org/10.1387/pceic.15449>.

AGUERRE, C. y BOUFFARD, L. (2008). Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22(2), 1146-1162. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/314745264/Envejecimiento-Exitoso-Teorias-Investigaciones-y-Aplicaciones-Clinicas>.

ALPI, S. V.; MUNÉVAR, F. R., GARCÍA-RINCÓN, L., QUINCENO, J. M., MARTÍNEZ, O. V., MARTÍNEZ, A. y REYES, K. (2018). Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos. *Psicología y Salud*, 28(1), 73-83. Recuperado de: <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2548>.

ANDRÉS, M. C. G. y AZNAR, M. P. M. (2018). Diferencias de género en el estrés y la salud de las personas mayores. *Dilemata*, (26), 157-168. Recuperado de: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000184>.

ÁVILA, J. (2014). El estrés, un problema de salud del mundo actual. *Revista CON-CIENCIA*, 2(1), 117-125. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652014000100013.

BARRO DOS SANTOS, E.; PARTEZANI RODRIGUES, R., MARQUES, S. y MARQUES PONTES-NETO, O. (2015). Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 49(5), 797-803. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Z3gTGCZ-c3PqTQpKdfjWzqGS/?lang=pt&format=pdf>.

BLANCO ASPIAZUL, MA.; SHUNCHAO, K. y XUEQING, L. (2017). La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(1), 12-22. Recuperado de: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1475>.

CALLEJAS, M. I. Z. y MARÍN, C. A. R. (2016). Alternativas para garantizar la seguridad económica en la vejez: desafíos para Colombia. *Revista CES Derecho*, 7(1), 39-50. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n1/v7n1a05.pdf>.

CALDERÓN CARVAJAL, C.; GÓMEZ, N., LÓPEZ, F., OTÁROLA, N. y BRICEÑO, M. (2017). Estructura factorial de la escala de estrés percibido (PSS) en una muestra de trabajadores chilenos. *Salud & Sociedad*, 8(3), 218-226. Recuperado de: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2649>.

CANEDO-GARCÍA, J. N.; GARCÍA-SÁNCHEZ, C., DÍAZ-PRieto, D. I. y PACHECO-SANZ, D. I. (2021). Evaluation of the benefits, satisfaction and limitations of intergenerational face-to-face activities: A general population survey in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). Recuperado de: <http://doi.org/10.3390/ijerph182312609>.

CASTELLANO FUENTES, C. L. (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 psychologicaltherapy*, 14(3).

CARMIÑA, C. (2018). Estrés crónico: ejemplo de interacción entre sistemas nervioso, inmuno y endocrino. *Revista CON-CIENCIA*, 6(2), 97-110.

CARSTENSEN, L. L.; TURAN, B., SCHEIBE, S., RAM, N., ERSNER-HERSHFIELD, H., SAMANEZ-LARKIN, G. R., BROOKS, K. P. y NESSELROADE, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging*, 26(1), 21-33. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/a0021285>.

COHEN, S. y JANICKI-DEVERTS, D. (2012). Who'sstressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320-1334. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x>.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). (2021). Derechos humanos de las personas mayores en Chile en tiempos de pandemia: acciones, promoción y servicio. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio>.

DONET, M.; VALDERRAMA, G. y LEÓN, M. (2016). Práctica de taichí y nivel de estrés en adultos mayores en un centro de atención de medicina complementaria. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 1(4), 25-30. Recuperado de: <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/download/647/644/2263>.

EZZATI, A.; JIANG, J., KATZ, M. J., SLIWINSKI, M. J., ZIMMERMAN, M. E. y LIPTON, R. B. (2014). Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 29(6), 645-652. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/gps.4049>.

FERNÁNDEZ, N.; CLÚA, A. y RAMÍREZ, M. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General*, (16), 6-12.

FOONG, H. F.; HAMID, T. A., IBRAHIM, R. y HARON, S. A. (2018). Information processing speed as a mediator between psychosocial stress and global cognition in older adults. *Psychogeriatrics*, 18(1), 21-29.

GARCÍA, V.; SILVA, A., LEÓN, S., BAEZA, M. Y GAMONAL J (2024). Políticas públicas sobre envejecimiento en Chile: revisión narrativa 1990-2022. *Revista estudios de políticas públicas*, 10(1), 23-40.

GARCÍA-VALDEZ, M.; SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, D. y ROMÁN-PÉREZ, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios demográficos y urbanos*, 34(1), 101-128. DOI: <https://doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810>.

GÓMEZ-ANGULO, C. y CAMPO-ARIAS, A. (2010). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2017). *Resultados Censo 2017*. Recuperado de: <http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/12/22/primeros-resultados-definitivos-del-censo-2017-un-total-de-17.574.003-personas-fueron-efectivamente-censadas>.

LOCKENHOOF, C. E.; COSTA, P. T. y LANE, R. D. (2008). Age differences in descriptions of emotional experiences in one self and others. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(2), 92-99.

LUCHESI, B. M.; SOUZA, É. N., GRATAO, A. C. M., DE OLIVEIRA GOMES, G. A., INOUE, K., DA SILVA ALEXANDRE, T. y PAVARINI, S. C. I. (2016). The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. *Archives of gerontology and geriatrics*, 67, 7-13.

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. D. O., MAZO, G. Z. y ANDRADE, A. (2007). Brazilian version of the Perceived Stress Scale. *Revista de saúde pública*, 41(4), 606-615.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA (2017). *CASEN 2015. Adultos mayores, síntesis de resultados*. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf.

MINISTERIO DE SALUD (2023). Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023-guia-envejecimiento-salud-mental-en-personas-mayores.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD (2021). Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030. Recuperado de: https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/11/13.-Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf.

MUNTSANT, A.; RAMÍREZ-BOIX, P., LEAL-CAMPANARIO, R., ALCAÍN, F. J. y GIMÉNEZ-LLORT, L. (2021). The Spanish intergenerational study: Beliefs, stereotypes, and metacognition about older people and grandparents to tackle ageism. *Geriatrics*, 6(3). Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030087>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2022). *Década del envejecimiento saludable: informe de referencia*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57049>.

OSMANOVIC-THUNSTROM, A.; MOSSELLO, E., AKERSTEDT, T., FRATIGLIONI, L. y WANG, H. (2015). Do levels of perceived stress increase within creasing age after age 65? A population-based study. *Age and Ageing*, 44(5), 828-834. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/ageing/afv078>.

PALMA-AYLLÓN, E. y ESCARABAJAL-ARRIETA, M. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>.

PATLÁN, J. (2019). ¿Qué es el estrés laboral y cómo medirlo? *Revista Salud Uninorte*, 35(1), 156-184.

PIÑA MORÁN, M.; OLIVO VIANA, M. G., MARTÍNEZ MATAMALA, C., POBLETE TRONCOSO, M. y GUERRA GUERRERO, V. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y salud. Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. *Rumbos TS*, 17(28), 7-27. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.51188/rrts.num28.642>.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2017). *Desiguales: orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Uqbar Editores.

QUICK, J. C.; COOPER, C. L., NELSON, D. L., QUICK, J. D. y GAVIN, J. H. (2003). Stress, health, and well-being at work. *Organizational behavior: The state of the science*. 53-89.

RAMOS, J. M. G.; MORA, L. F. R., TOSCANO, C. E. P. y ARIAS, F. J. M. (2024). El impacto en la salud mental por complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor en la última década en Latinoamérica. *Reincisol*, 3(6), 6283-6298.

SANHUEZA, J.; MUÑOZ, G. y CRUZ, C. (2017). Una mirada al estrés en Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1(2), 21-31.

SEQUEIRA, D. (2011). La soledad en las personas mayores: factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos. Tesis para optar al grado de doctor. Universidad de Granada. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>.

SEQUEIRA, D.; PEZOA, C., GONZÁLEZ, J. y MUÑOZ, C. (2016). Concepto subjetivo de soledad en personas de 60 y más años de la comuna de Santiago. Proyecto CIPSE 1505. Universidad Central de Chile, Dirección de Investigación.

SEQUEIRA, D. y SILVA JIMÉNEZ, D. (2017). Estereotipos sobre la vejez en estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias de Salud, Universidad UCINF. *Revista Akadèmeia*, 15(1), 103-119. Recuperado de: <https://doi.org/10.61144/0718-9397.2016.140>.

SCOTT, S. B.; JACKSON, B. R. y BERGEMAN, C. S. (2011). What contributes to perceived stress in later life? A recursive partitioning approach. *Psychology and Aging*, 26(4), 830-843. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0023180>.

SUBSECRETARÍA DE HACIENDA (julio de 2024). Estudio de la modernización del Estado en Chile desde el año 1990 hasta la actualidad. Informe. Equipo de investigación. Secretaría de Modernización del Estado, Chile. Licitación pública n.º 851556-3-LE23.

TRIGO, M.; CANUDO, N., BRANCO, F. y SILVA, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, (53), 353-378.

VIVALDI, F. y BARRA, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

ZHANG, M.; SIMON, M. A. y DONG, X. (2014). The prevalence of perceived stress among US Chinese older adults. *AIMS Medical Science*, 1(1), 40-56. Recuperado de: <https://doi.org/10.3934/medsci.2014.1.40>.



UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA
METROPOLITANA
del Estado de Chile



EDICIONES UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA METROPOLITANA