



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Carrera: Licenciatura en Psicología

Tesis de grado

**Calidad de vida y su relación con el apoyo social percibido en
adultos mayores pertenecientes a la zona codificada 062700708
de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.**

Tesista: Jacqueline Belén Warlet

Legajo N°: 79644

Tutor: Aldo Centurión

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Agradecimientos

A mis padres, por el apoyo incondicional a lo largo de mi carrera y vida.

A mi marido e hija, por su paciencia y amor.

A mi familia y amigos, por alentarme a seguir.

A mi tutor y a los docentes de la universidad, por los saberes y conocimientos brindados.

Índice de contenido

Agradecimientos	2
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	7
Planteamiento del Problema	9
Hipótesis	9
Objetivos de Investigación	10
Marco Teórico	12
La vejez y su concepción teórica	12
Calidad de vida en el adulto mayor	17
Apoyo social percibido en el adulto mayor	18
Calidad de vida y apoyo social percibido	19
Antecedentes	21
Metodología	26
Diseño de investigación	26
Variables de la investigación	26
Definición conceptual de las variables	26
Participantes	27
Instrumentos	27
Procedimiento	30
Análisis de datos	31
Resultados	32
Discusión	37
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Limitaciones	41
Referencias Bibliográficas	42
Anexos	48

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo general, determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores residentes de la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez. La metodología consiste en un diseño no experimental, descriptivo asociativo de corte transversal. Se accedió a una muestra de 60 adultos mayores residentes de la localidad de Tristán Suarez, específicamente ubicada en una región definida por su codificación. Para la medición de variables y obtención de datos se utilizaron dos cuestionarios, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido formado por tres factores con 12 reactivos: Apoyo social, Familia y Amigos (Zimmet, 1988, $\alpha = 0.88$) con el objetivo de evaluar cómo el adulto mayor percibe el apoyo social en su entorno y la escala Whoqol-Bref (World Health Organization Quality of Life, 1999) que posee puntuaciones α entre 0.92 y 0.93, la cual tiene como objetivo identificar el grado de utilización de los distintos indicadores objetivos de la calidad de vida. El análisis de los datos obtenidos se desarrolló por medio de un análisis estadístico, utilizando Rho de Spearman para identificar la correlación de ambas variables escalares dando como resultado una significación de valor de correlación de $\rho = 0.791$ la cual indica que es una correlación positiva de nivel alta, y más aún para demostrar con el nivel de significancia de 0.000 siendo así menor al nivel de significancia estándar de 0.05 ($p < 0.05$). Se concluye que un 65% de la muestra manifiesta un rango medio-alto de apoyo social percibido y un 76,66% se sitúa en un rango medio-alto de calidad de vida.

Palabras clave: ADULTOS MAYORES – CALIDAD DE VIDA – APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Abstract

The general objective of this study was to determine the relationship between quality of life and perceived social support in older adults residing in the coded area number 062700708 of the town of Tristán Suarez. The methodology consists of a non-experimental, descriptive associative cross-sectional design. A sample of 60 older adults residing in the town of Tristán Suarez was accessed, specifically located in a region defined by its coding. To measure variables and obtain data, two questionnaires were used, Multidimensional Scale of Perceived Social Support formed by three factors with 12 items: Social Support, Family and Friends (Zimmet, 1988, $\alpha = 0.88$) with the objective of evaluating how the older adult perceives the social support in their environment and the Whoqol-Bref (World Health Organization Quality of Life, 1999) scale, which has α scores between 0.92 and 0.93, which aims to identify the degree of use of the different objective indicators of quality of life. The analysis of the data obtained was developed through a statistical analysis, using Spearman's Rho to identify the correlation of both scalar variables, resulting in a significance correlation value of $\rho = 0.791$, which indicates that it is a positive level correlation. high, and even more so to demonstrate with the significance level of 0.000, thus being lower than the standard significance level of 0.05 ($p < 0.05$). It is concluded that 65% of the sample shows a medium-high range of perceived social support and 76.66% is in a medium-high range of quality of life.

Key Words: OLDER ADULT – QUALITY OF LIFE – PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Introducción

El envejecimiento es una de las etapas del ciclo vital que trae cambios irreversibles, heterogéneos, patogénicos y patogéricos (mutaciones patogénicas). Investigadores han considerado a este, como un proceso que abarca áreas de tipo psicobiológico, psicoafectivo y social (Nieto y Alonso, 2007).

Es por ello, que, los adultos mayores que logran vivir años adicionales de vida con buena calidad de vida, en combinación con un entorno propicio, logran una capacidad para realizar actividades valoradas que apenas se distingue de aquellas personas más jóvenes (OMS, 2022).

Así mismo, la vejez no puede ser reducida a estos procesos mencionados anteriormente, ya que la vejez es una situación, que implica procesos y productos, no necesariamente desde una visión funcional (o sistémica), sino cultural, lo cual implica que los procesos biológicos, la salud y la enfermedad deben ser entendidos a través de la cultura y el lenguaje de la misma (Barrero Lazzata, 1994).

Dado que en la tercera edad generalmente se vive la última etapa del ciclo vital familiar en donde el anciano con las limitaciones propias de la edad, estilo de vida, y particular forma de comportarse, incide en la dinámica familiar, conviviendo a veces con dos o más generaciones; dando a lugar a una red de interacciones, a veces no muy adecuadas (Muñoz, 2000), que obstaculizan la convivencia armónica, aumentando la tensión, reduciendo la aceptación, viéndose a veces presionado a aceptar un nuevo estilo de vida de familia, o a ser institucionalizado de manera voluntaria u obligatoria. Es por ello, que el apoyo de la familia para con el anciano así y el rol que le concedan dentro del

sistema familiar, repercutirá en su manera de procesar y representar mentalmente su situación, abarcando sus formas de pensar, relacionarse, actuar, así como también, sus sentimientos y emociones (negativas o positivas) relacionados a la vejez.

Según las proyecciones de INDEC (2019) indican que 6.983.377 habitantes de nuestro país son personas de 60 años (15,54%), 43% varones y 57% mujeres. Es decir, la calidad de vida de los adultos mayores representa una porción significativa de nuestra población. La percepción que el adulto mayor tenga del estado de envejecer y de bienestar es un punto relevante en las metas propuestas por los programas de salud; en la misma influyen: el respeto, la unión familiar, la religión, la espiritualidad, el apoyo social (Rivera, 2009). Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, ésta debe ir acompañada de oportunidades y un ajuste a los programas de salud. La labor de los profesionales de la salud mental es contribuir con pautas en pro del bienestar y la salud de estas personas, y valorar su trayectoria de vida y sus implicaciones.

Planteamiento del Problema

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores pertenecientes a la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023?

Hipótesis

Hipótesis general

Existe una correlación significativa entre la calidad de vida y el apoyo social percibido de los adultos mayores pertenecientes a la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.

Hipótesis específicas

Existe una correlación significativa entre apoyo social percibido y salud física en los adultos mayores pertenecientes a la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.

Existe una correlación significativa entre apoyo social percibido y salud psicológica en los adultos mayores pertenecientes a la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.

Existe una correlación significativa entre relaciones sociales y apoyo social percibido en los adultos mayores pertenecientes a la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.

Existe una correlación significativa entre medio ambiente y apoyo social percibido en los adultos mayores pertenecientes a la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.

Objetivos de Investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores de la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores residentes de la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.
- Analizar el apoyo social percibido de los adultos mayores residentes de la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.
- Analizar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores residentes de la zona codificada número 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, año 2023.
- Analizar la relación entre el apoyo social percibido y salud física.

- Analizar la relación entre el apoyo social percibido y salud psicológica.
- Analizar la relación entre el apoyo social percibido y relaciones sociales.
- Analizar la relación entre el apoyo social percibido y medio ambiente.
- Análisis de datos sociodemográficos.

Marco Teórico

La vejez y su concepción teórica

Siguiendo a autores como Fernández-Ballesteros (2000) o Lehr (1983) vamos a considerar el concepto de vejez según tres criterios: social, biológico y psicológico. La vejez biológica tiene que ver con los cambios derivados del desgaste del organismo por el paso del tiempo, y ocurre en un periodo que comienza con el crecimiento en la infancia y en la pubertad, y en los años posteriores a la adolescencia. Posteriormente, tiene lugar una etapa de estancamiento y progresiva disminución de diferentes capacidades corporales a medida que se avanza en la edad adulta. Esto se manifiesta en cambios tales como el modo de andar, la elasticidad de la piel o la capacidad visual y auditiva, además de modificaciones en las facciones del rostro, la voz o el pelo. La edad física o biológica es para Fernández-Ballesteros (2000), uno de los más potentes indicadores de la vejez. Las personas tienen una imagen del aspecto físico de las personas ancianas, y se considera como tales a aquellas personas del entorno que se aproximan a dicha imagen.

Como bien mencionamos anteriormente, existe una imagen social de las personas ancianas que comienza a surgir a mediados del siglo pasado, en una serie de trabajos realizados por profesionales de la medicina y la psiquiatría obteniendo como resultado un patrón generalizado de rasgos considerados normativos en la vejez. Éstos obedecen a los estereotipos negativos hacia la vejez y coinciden con los de enfermedad, deterioro mental, rigidez del pensamiento, falta de compromiso, dependencia y problemas sociales y económicos (Thornton, 2002). Es decir, podría considerarse que la mayor parte de los estereotipos sociales de la vejez abarcan áreas como el deterioro de la salud física y mental,

la pérdida de motivación y la de los intereses vitales. Según diferentes autores (Bazo y Maiztegui, 1999; Fernandez Ballesteros, 2000; Freixas, 2001; Hausdorff, Levy y Wei, 1999; Lerh, 1983; Levy, 2000; Palmore, 1990; Stuart-Hamilton, 2002) estas imágenes sociales de la vejez pueden entrar en discrepancia, no solamente con la imagen que las personas tienen de sí mismas, sino también con lo que los otros esperan de ellas y con la idea que se hacen de los deseos y capacidades de las personas ancianas. De esta forma, los estereotipos pueden influir negativamente en las actitudes hacia las personas mayores de forma generalizada, y facilitar el que acaben exhibiendo las características de profecías de autocumplimiento, provocando un malestar psicológico.

Por otra parte, autores como Butler (1969) y Salvarezza (1998) refieren al fenómeno denominado ageism como:

“Un proceso de estereotipia y discriminación sistemática contra las personas por el hecho de ser viejas” (Butler, 1969) afirma que “el ageism influencia la conducta de sus víctimas. Los viejos tienden a adoptar definiciones negativas sobre la vejez y a perpetuar así una variedad de estereotipos que se dirigen contra ellos mismos, reforzando las creencias sociales” (Butler, 1969).

Es necesario tener en cuenta, como una de las explicaciones a dicho fenómeno, las cualidades específicas de aquellos adultos mayores que sostienen dichos prejuicios, es por ello que se desarrollan a continuación.

En este sentido, se ha encontrado que las personas que tienen una actitud autoritaria, así como las de menor formación educativa y las de bajo status económico, podrían

presentar mayor tendencia a sostener estas creencias negativas (Levin y Levin, 1980). A su vez, la mayoría de los adultos mayores experimentan, antes o después, un considerable estrés debido a una serie de pérdidas (económicas, enfermedades crónicas, muerte de personas queridas, soledad, etc.). Esta situación puede generar trastornos psicológicos tales como depresión o ansiedad (Lebowitz, et al. 1997). Quinn (1987) afirma que si los ancianos creen que estos problemas representan manifestaciones naturales de la vejez, resulta mucho más difícil que se realice una consulta o tratamiento psicológico. Además, autores como Seccombe e Ishii-Kuntz (1991) sugieren que existe un criterio específico para evaluar a los adultos mayores en cuanto al género, puesto que las mujeres suelen ser percibidas como formando parte de las categorías de mediana edad y de vejez, cinco años antes que el hombre como media. Por lo tanto, los estereotipos de la vejez aparecerían a menor edad en las mujeres que en los hombres (Hummert et al. 1997). No hay duda de que este hecho guarda relación con los valores sociales dominantes de nuestra época, que están muy ligados a la juventud y a la belleza. Por todo ello, los estereotipos son más imperativos socialmente para las mujeres que para los varones, de forma que es fácil que se acentúe en ellas la fuerza de los estereotipos que devalúan la vejez. En este sentido, Sontag (1979) conceptualiza la existencia de un doble estándar de vejez en función al género, indicando que los cambios de la apariencia física relacionados con la edad, contienen más percepciones negativas hacia las mujeres que hacia los hombres.

Otro de los factores que impactan en la percepción negativa de la vejez, es el estado civil del sujeto, diferentes estudios parecen apuntar a que existe una percepción de la vejez diferente según el estado civil de las personas (Bazo y Maiztegui, 1999). Se ha encontrado que, en general, las personas casadas viven más y se sienten mejor que las solteras o viudas,

así como que, en la viudedad, hay más frecuencia de incapacidades, de sentimientos de soledad y una percepción más negativa de la propia salud (Pinquart y Sörensen, 2001). Por su parte, Bazo y Maiztegui (1999) encontraron que las personas casadas se sentían viejas en menos proporción que las viudas. Además, existe la creencia de que la pérdida del cónyuge actúa como factor de riesgo para la salud física y mental, hasta el punto de que la Organización Mundial de la Salud (2018) considere a la viudedad reciente, en el período inferior de un año, como uno de los indicadores de “fragilidad”. Este término, referido a la vejez, hace referencia a aquellas personas que se encuentran en condiciones clínicas, mentales o sociales muy inestables, y que tienen una alta probabilidad de trasladarse a vivir en una residencia. Wolinsky, Callahan, Fitzgerald y Jhonson (1993) pusieron de manifiesto esta circunstancia en un estudio longitudinal, cuyos resultados mostraron que la viudedad incrementaba el riesgo de vivir en una institución. Por su parte, Mendes de Leon, Kasl y Jacobs (1995) encontraron que una alta sintomatología depresiva después del primer año de viudedad se asociaba con individuos de edades comprendidas entre 65 y 74 años. Estos autores sugieren, basándose en tales resultados, que cuando los sujetos pierden el cónyuge en estas edades, los trastornos depresivos pueden llegar fácilmente a convertirse en una patología crónica.

A su vez, el tipo de convivencia y las responsabilidades hacia otros también repercute sobre la vejez, Villalobos (1989) mostró que las personas mayores no cuentan con suficientes recursos económicos para satisfacer en forma adecuada sus necesidades básicas; en contraparte las que están institucionalizados, experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y tiene mayores factores de riesgo como

sedentarismo y aislamiento. Este aspecto también se relaciona con la teoría propuesta por Maslow (1943) denominada jerarquía de necesidades o pirámide de Maslow refiriendo que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados, así pues las cinco categorías propuestas por el autor son las necesidades fisiológicas, relacionadas a las necesidades vitales para la supervivencia de carácter biológico; por consiguiente, las necesidades de seguridad, orientadas a la seguridad personal, al orden, a la estabilidad y protección, que poseen una fuerte relación con la familia; dando a lugar a las necesidades de filiación, las cuales se expresan cuando las personas buscan superar los sentimientos de soledad y sentir que hay vínculos afectivos entre ellas y ciertas personas (amistades, familia, etc.), es decir, cuando se intenta trascender el ámbito individual y establecer vínculos con el entorno social. Estas necesidades se presentan continuamente en la vida diaria, cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o asistir a un club social. Tras cubrir las necesidades de los tres primeros niveles, aparecen las necesidades de reconocimiento, comprendidas como aquellas que favorecen el fortalecimiento de la autoestima, el reconocimiento hacia la propia persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer dichas necesidades, la persona se siente segura de sí misma y piensa que es valiosa dentro de la sociedad y del grupo familiar. Cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor. Por último, en el nivel más alto se encuentran las necesidades de autorrealización, vinculadas al desarrollo espiritual, moral, la búsqueda de una misión en la vida, la ayuda desinteresada hacia los demás (conductas altruistas), etc.

Existe una abundante bibliografía que indican que las personas con un mayor número de contactos sociales, y que mantienen una diversidad de intereses en esta área, tienen una percepción más positiva de la vejez y se mantienen en mejores condiciones psíquicas y físicas, investigadores como Idler, Hudson, Shawna y Leventhal (1999) encontraron que uno de los principales criterios por los cuales los sujetos valoraban positivamente su salud, estaba asociado con las actividades sociales que realizaban y con sus relaciones afectivas, más que con datos médicos objetivos. También Unger et al. (1997), realizaron un estudio longitudinal con un gran número de sujetos mayores, llegando a la conclusión de que las interacciones sociales tienen un efecto protector en el declive funcional.

Calidad de vida en el adulto mayor

El término de calidad de vida continúa modificándose de acuerdo al avance de diversos estudios. En un comienzo dicho término estaba relacionado con la salud e higiene, por este motivo se decidió investigar sobre el bienestar de la persona (García, 2014). Autores como Shin y Jhonson (1978) vinculan a la calidad de vida con la posibilidad de disponer de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades personales, además de contar con funciones que posibiliten autorrealizarse, permitiéndole ser activo y fructuoso dentro de una sociedad. más tarde, Levi y Anderson (1980) conceptualizaron a la calidad de vida como la percepción personal del bienestar integral en todos los ámbitos de la vida de la persona. Como bien se mencionó anteriormente, la calidad de vida es un concepto que se encuentra sumamente ligado a la salud, ya que cuando se dan problemas sobre esta variable, la persona puede padecer enfermedades (Robles, et al, 2010). Por este motivo,

resulta de gran importancia el estudio de la calidad de vida, para lograr identificar la manera en la cual se logre potenciar la misma y así ofrecer bienestar al adulto mayor.

Ahora bien, para la presente investigación, me centraré en dicho término vinculado a la vejez. Diversos aspectos pueden verse involucrados al momento de hablar de la calidad de vida del adulto mayor. Un gran aspecto subjetivo de la persona que jerarquiza los elementos de la calidad de vida y la idea objetiva acerca del bienestar dentro de una determinada cultura determinarán que la persona logre tener una percepción satisfactoria y positiva acerca del envejecimiento (Rubio, Rivera, Borges & González, 2015). Es por ello por lo que resulta de suma importancia que la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor se realice de acuerdo al contexto y su adaptación, ya que una errónea noción acerca de este concepto podría generar un deterioro funcional provocando así deficiencias en la memoria, temor al abandono, a la muerte, dependencia, entre otros (Velandia & Cifuentes, 1994).

Resulta evidente que la calidad de vida del adulto mayor se encuentra ligada al nivel de bienestar personal, así como también a su identidad como parte de la sociedad, teniendo en cuenta que habilita a que la persona pueda sentirse conforme consigo mismo y con otros sujetos de su entorno. A su vez incrementa su productividad en la última etapa de la vida, permitiéndole sentirse responsable de sí mismo, útil y valorado (Vega & Campino, 2016).

Apoyo social percibido en el adulto mayor

Como bien se mencionó anteriormente, existen diversos factores que pueden verse implicados en la tercera edad, a continuación, me centraré en el apoyo social. El hecho de que los adultos mayores reciban apoyo y sustento del contexto sociocultural al cual

pertenecen, es algo que ha tomado mayor protagonismo e importancia en los últimos 20 años aproximadamente, ya que se ha manifestado mayor consideración al estudio de dicha población (Terol, 1999).

Según Shumaker y Brownell (1984), apoyo social se refiere a la relación mutua entre al menos dos individuos, buscando mejorar el bienestar del receptor. Por otro lado, House (1981) sugiere que el apoyo social implica la interacción de dos o más personas, ofreciendo ayuda, valoración o información. Al combinar ambas definiciones, podemos concluir que el apoyo social se enfoca en un contexto social donde la interacción permite evaluar de manera positiva o negativa el apoyo brindado. Las valoraciones positivas brindan beneficios para la salud del individuo, al sentirse querido, cuidado y comprendido, lo cual mejora su bienestar al recibir experiencias gratificantes, estabilidad y una sólida autoestima gracias a las redes sociales adecuadas (Chira, 2017).

En relación al concepto de apoyo social, se encuentra el término 'red social'. Siguiendo la perspectiva de Abello y Madariaga (1999), una red social es definida como un conjunto de conexiones interpersonales que dejan una impresión duradera en cada individuo. Por consiguiente, podemos afirmar que las redes sociales se refieren a las relaciones sociales formadas por personas significativas e íntimas para el individuo, quienes forman parte de su contexto social más cercano (Méndez, 2016).

Calidad de vida y apoyo social percibido

Según Solano (1997), en relación con el bienestar de las personas mayores, el deterioro físico no solo está determinado por factores individuales, sino que también está influenciado de manera negativa por aspectos colectivos, es decir, por el entorno en el que

se desenvuelven y el respaldo social que reciben. Por lo tanto, se puede notar que la conexión entre la calidad de vida y la percepción de apoyo social puede predecir cómo se desenvolverá un adulto mayor en su entorno, especialmente en términos de establecer relaciones sociales significativas que les brinden reconocimiento (Kreizme, 2001).

De acuerdo con diversos estudios (Barrón, 1996; Cohen y Willy, 1985; Cohen et al., 2000), se han propuesto diferentes modelos que describen la relación entre calidad de vida y apoyo social. El primer modelo es el del efecto directo o principal, el cual sostiene que el apoyo social percibido tiene un impacto positivo en la salud mental y física, independientemente de la presencia de situaciones estresantes. Además, se argumenta que dicho apoyo facilita la adopción de conductas más positivas por parte de la persona. El segundo modelo es el del efecto amortiguador, el cual plantea que el apoyo social percibido desempeña un papel protector al resguardar a las personas de los posibles estresores. Asimismo, desde esta perspectiva, se sostiene que el apoyo social percibido tiene un efecto restaurador en el bienestar de las personas, lo cual contribuye positivamente a su calidad de vida.

En consecuencia, el apoyo social percibido emerge como un factor que incrementa el nivel de vida de una persona, brindando un aporte positivo a su bienestar. El apoyo social percibido funciona como una estrategia para enfrentar situaciones estresantes que podrían afectar al individuo, de ahí que el apoyo social y la calidad de vida sean conceptos compatibles. García-Valdez, Sanchez-Gonzalez y Roman-Pérez (2019) indican que el apoyo social percibido contribuye al comportamiento adaptativo de una persona y tiene un impacto positivo en su salud. Además, la Teoría de la actividad de Havighurst (1953) sugiere que los adultos mayores experimentan una mejor calidad de vida cuando se

involucran con la sociedad, participando activamente en actividades que les permiten ser útiles y participativos (Oddone, 2013).

Antecedentes

Un estudio descriptivo realizado en Cuba por Figueroa y Carballo (2016) tenía como objetivo caracterizar la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores dentro del área de salud en Consolación del Sur, utilizando una muestra no probabilística de sujetos tipos. Para ser llevada a cabo se administraron tres instrumentos, la Escala M.G.H de Calidad de Vida, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y la entrevista semi-estructurada. Los resultados obtenidos determinaron que el apoyo social percibido es un posible factor que incide sobre la calidad de vida, constituyendo la familia la principal fuente generadora de apoyo para ese grupo. El 75% de los adultos mayores que percibieron un apoyo social alto, solo el 40% presentaron mayores niveles de calidad de vida. Demostrando así que la creciente percepción de apoyo social referida por la población de estudio se expresa en una mayor calidad de vida en los ancianos de edades tempranas.

Una investigación correlacional realizada en la ciudad de Arequipa a cargo de Angulo Calle y Rivera Soto (2021), plantea como objetivo principal evaluar la relación existente entre calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. La evaluación fue llevada a cabo administrando el índice de Katz, el Índice de Calidad de Vida y el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC, utilizando una muestra de 132 adultos mayores. Se halló una correlación significativa positiva y débil entre las dos principales variables estudiadas, es decir, que, a mayor calidad de vida, mayor apoyo social

percibido y viceversa. Entre las variables principales y las variables de sexo y edad no se halló una relación significativa, pero sí una leve diferencia de puntajes a favor de las mujeres respecto a la calidad de vida, a los varones en relación con el apoyo social percibido y a las personas de 76 a 85 años en relación a ambas variables. A su vez, se observó que las personas de 76-85 años tienen mayores niveles de calidad de vida con 7.72 puntos de diferencia y mayores niveles de apoyo social percibido con 5.99 puntos de diferencia. En conclusión, la calidad de vida y el apoyo social percibido son variables que se afectan mutuamente, por lo que se sugiere fortalecer las redes sociales de los adultos mayores para brindarles una calidad de vida adecuada.

Otro estudio no experimental de alcance descriptivo correlacional realizado en Tarapoto (2019), dirigido por Pajares Rocha, posee como objetivo determinar la relación entre calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores del programa centro integral del adulto mayor (CIAM) de la Municipalidad Provincial de San Martín. La muestra estaba integrada por 121 adultos mayores de ambos sexos. Para lograr medir calidad de vida, se utilizó la escala WHOQOL-BREF de la OMS-1995; y para apoyo social percibido la escala multidimensional (MSPSS) de Zimet-1988. Se logra demostrar en los resultados del análisis de correlación, que existe una relación directa y significativa entre calidad de vida y apoyo social percibido ($r=0,523$, $p<.052$); sin embargo, las asociaciones más fuertes se dan entre las puntuaciones de dimensiones de apoyo social percibido por familiares y otros con medio ambiente ($r= 0,620$, $p<.052$). Denotando así que al variar una de estas variables, de manera indefectible, se modificaría su par.

Una investigación cualitativa de alcance descriptivo realizada en Ecuador (2021), sostenía como objetivo principal describir el apoyo social percibido y la calidad de vida de

los adultos mayores del Asilo Carlos Luis Plaza Dañín. Para ser llevada a cabo se utilizó una muestra de seis adultos mayores, a los cuales se les administró el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido, Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM), Índice de Actividades básicas de la vida diaria de Barthel, Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la entrevista semiestructurada. En los respectivos resultados se logró demostrar que el apoyo social percibido de las distintas redes sociales influye de manera positiva en la calidad de vida de los adultos mayores.

Otro de los estudios encontrados, de corte transversal realizado en Madrid (2015) conformado por una muestra de tres grupos de adultos mayores de diferentes edades, tenía como objetivo principal comparar y analizar el apoyo social percibido y la calidad de vida de los adultos mayores de distintas residencias. Para llevarse a cabo, se utilizó el cuestionario OMS WHOQOL-BREF para evaluar calidad de vida, y el cuestionario Duke-UNC para apoyo social percibido. Se logró demostrar en los resultados una relación positiva entre calidad de vida y apoyo social percibido.

Un estudio desarrollado en Ecuador (2021) dirigido por Guaicha Banchón, de enfoque cuantitativo, conformado por 60 adultos mayores, plantea como objetivo analizar la relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar de las y los adultos mayores del centro gerontológico “Hogar de Sabias Experiencias” del cantón Coronel Marcelino Maridueña durante el confinamiento COVID-19. Para evaluar calidad de vida se utilizaron dos escalas, la escala de Whoqol-Bref (World Health Organization Quality of Life) y la escala FUMAT (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias). Mientras que para medir apoyo

familiar se adaptó la encuesta diseñada por Leitón (2003) dirigida a los adultos mayores. Obteniendo como resultado una correlación ordinal positiva significativa ($p < 0,01$) con respecto a la variable “Calidad de vida”, tanto en bienestar emocional ($Be = 0,38$), como en Bienestar Físico ($Bf = 0,42$). La correlación de la variable “Apoyo Familiar” ($p < 0,01$) demuestra que la correlación también es ordinal positiva. Se obtiene como principal descubrimiento de esta investigación que la calidad de vida de las y los adultos mayores mostraron una conexión directa con el apoyo familiar.

Una investigación cuantitativa realizada en Chile en el año 2020 a cargo de Quiroga-Sanzana y Parra Monje tenía como objetivo conocer los niveles de apoyo social y percepción de calidad de vida en personas adultas mayores en el contexto de pandemia. La muestra estaba confeccionada por 141 adultos mayores (51 hombres y 90 mujeres) residentes del sur del país. Para lograr el análisis del apoyo social se utilizó la Escala de Apoyo Social (EAS) y para calidad de vida, el cuestionario WHOQOL-BREF. Con relación a los resultados obtenidos, se logró identificar que los factores protectores expresados en altas puntuaciones de apoyo; social, familiar, de amigos y calidad de vida en sus dimensiones de salud física, psicológica, ambiente y relaciones sociales contribuyen a una percepción normal-positiva por parte de los adultos mayores. Evidenciando así, que la percepción de calidad de vida de las personas participantes del estudio fue predominante positiva, integrando valores superiores al 68% entre las categorías “normal” y “bastante buena”, a pesar del reducido contacto físico con su entorno debido al aislamiento.

Por último, un estudio cualitativo realizado en México dirigido por Pelcastre-Villafuerte y Treviño-Siller realizado durante el periodo de 2005-2006, pretendía describir y analizar las características principales de los apoyos sociales de los adultos

mayores que viven en la pobreza urbana relacionándolos con las condiciones de vida y vivencia del envejecimiento. Para ello, se utilizaron cuatro grupos focales situados en el norte, occidente, centro y sur del país; conformados por 103 adultos mayores (hombres y mujeres) de edades variadas. Se diseñó una guía específica para los grupos focales que abordó los siguientes temas: perfil de los participantes, lazos familiares y sociales, condiciones generales de salud, apoyo institucional, percepción de bienestar, significado de la vejez y propuestas para mejorar la vivencia del envejecimiento. En los resultados obtenidos se logra detectar que los apoyos brindados a los adultos mayores seleccionados para dicha investigación son fundamentalmente de carácter material (alimentos, medicinas), económico (dinero o pago de consultas) e instrumental (traslado a consultas o tratamientos médicos). Muy escasamente se identificó el acompañamiento cotidiano y la inserción social en el grupo familiar o social (charla y apoyo emocional o cognitivo continuo), atención en un sentido amplio, como una necesidad humana fundamental.

Metodología

Diseño de investigación

Para la presente investigación se utilizó un diseño no experimental, ya que no se manipulan las variables. De igual modo, es de corte transversal debido a que los datos serán recolectados en un solo momento, de alcance descriptivo de tipo correlacional, puesto que tiene la finalidad de determinar la relación entre las variables de estudio (Hernández, Fernandez & Baptista, 2010).

Variables de la investigación

Definición conceptual de las variables

Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud y el Grupo The Word Health Organization Quality of Life (WHOQOL, 1995) refiere a la calidad de vida como la percepción subjetiva y de auto reporte subjetivo que tiene la persona en relación a su ambiente, contexto que rige a las culturas en relación a su sistema de valores, objetivos, experiencias, normas e inquietudes.

Apoyo social percibido

El apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectados de una manera fiable en otros (que pueden ser personas de su entorno próximo, familiares, amigos y compañeros) los cuales son evaluados de manera subjetiva con recursos disponibles que generen satisfacción (Zimet, 1988): Esta valoración suele variar en cada individuo debido a la estructura mental, la cual puede sufrir ciertas modificaciones. Se

cree que se puede llegar a una adecuada valoración cuando determinadas conductas de apoyo, como ser escuchado, recibir apoyo económico, ser cuidado, etc. Resultan satisfechas.

Participantes

El objeto de estudio de la presente investigación está focalizado en la población de adultos mayores de Gran Buenos Aires. Se cuenta con una muestra de 60 adultos mayores de 60 años no institucionalizados. La selección de la muestra se lleva a cabo mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Sampieri, 2009). Sus resultados no pueden generalizarse al resto de la población.

La localidad se encuentra dividida por radios, el código de radio en el cual se realizó el presente estudio es el número 062700708 en el cual según cifras registradas por el INDEC (2010) residen 86 adultos mayores cuyas edades superan los 60 años, a su vez, dentro de dicha población el 67% corresponde a mujeres y el 33% a hombres. Teniendo en cuenta que el incremento poblacional anual de Argentina entre el año 2022 y 2023 fue de un 0,908% (INDEC, 2022), se estima que actualmente residen aproximadamente 96 adultos mayores en el radio seleccionado para el presente estudio. La muestra seleccionada estuvo conformada por 60 adultos mayores cuyas edades se encuentran entre 69 y 87 años, de los cuales el 55% son hombres y 45% son mujeres.

Instrumentos

Sociodemográfico

Para llevar a cabo la presente investigación se realizó un cuestionario sociodemográfico en el cual se utilizaron preguntas que evalúan características personales del sujeto como sexo, edad, estado civil, situación laboral, entre otros; que permiten potencialmente un análisis de correlatividad con las variables Apoyo social percibido y Calidad de vida. Por otra parte, se utilizó la *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido EMAS* (Zimet, 1988) que mide el grado en el cual la persona percibe el apoyo tanto de la familia como de amigos. Está formada por 12 reactivos que se agrupan en tres factores: Apoyo social, compuesto por los ítems 1, 2, 5 y 10; Apoyo familiar, compuesto por los ítems 3, 4, 8 y 11; y Apoyo de amigos, compuesto por los ítems 6, 7, 9, y 12. Todas las dimensiones en conjunto explican el 66.24 % de la varianza total. A su vez, posee una puntuación de $\alpha=.88$ indicando una buena consistencia interna (Zimet, 1988). Dicho instrumento cuenta con una escala Likert cuyos valores pueden ser 1= totalmente de acuerdo, 2= bastante en desacuerdo, 3=Mas bien en desacuerdo, 4=Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5=Mas bien de acuerdo, 6=Totalmente en desacuerdo y 7=Totalmente de acuerdo, obteniendo un total de 12 puntos como valoración mínima y 84 puntos, su máxima puntuación. El factor de Apoyo Social está compuesto por 12 reactivos que explican el 51.23 % de la varianza total. Puntajes altos en este factor indican mayor percepción de disponibilidad de redes sociales que aportan apoyo y comprensión. El factor Apoyo familiar está integrado por seis reactivos, que explican el 9.03 % de la varianza total. Puntajes altos en este factor denotan mayor percepción de apoyo y comprensión por parte de la familia. El factor Apoyo de amigos consta de tres reactivos, que explican el 5.98 % de la varianza total. Puntajes altos en este factor señalan una mayor apreciación de apoyo y comprensión por parte de las amistades. Para dicho análisis e interpretación se

establecieron tres rangos, ya que el instrumento se aplica en función de comparaciones con otras investigaciones. El rango Bajo es comprendido entre las puntuaciones de 12 a 36 puntos, el rango Medio se ubica entre los 37 a 60 puntos y el rango Alto abarca los 61 a 84 puntos.

Por otra parte, para poder evaluar calidad de vida, se utilizó la escala World Health Organization Quality of Life, versión breve WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1999). Dicho test de uso internacional e intercultural, tiene como objetivo, en los adultos mayores, comprobar y desarrollar una prevención genérica de calidad de vida, el cual tiene 26 preguntas, dos generales y 24 ítems tipo escala de Likert, en las cuales hay 5 opciones de respuestas, valoradas del 1 al 5, siendo 1=Muy mala, 2=Regular, 3=Normal, 4=Bastante buena y 5=Muy buena, las mismas se encuentran agrupadas en cuatro áreas: salud física, compuesta por los ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18, salud psicológica, compuesta por los ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26, relaciones sociales, compuesta por los ítems 20, 21 y 22; y ambiente, compuesto por los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25. A su vez, en cuanto a la confiabilidad instrumental, posee una puntuación total de $\alpha=.84$, demostrando una excelente consistencia interna. Con respecto a la puntuación, mayores puntuaciones en cada dominio indican mejor calidad de vida (Valdez Huirache & Álvarez Bocanegra, 2018, pág. 115). Asimismo, las puntuaciones obtenidas pueden variar, dando como resultado un mínimo de 26 puntos, y un máximo de 130 puntos. Para dicho análisis e interpretación se establecieron tres rangos, correspondientes a cada una de las dimensiones, ya que el instrumento se aplica en función de comparaciones con otras investigaciones. Para la dimensión física, compuesta por siete ítems, puntajes en indicadores de 6-14 puntos se ubican en una calidad de vida baja, 15-25 moderada y 26-35 alta; en la dimensión

Psicológica compuesta por seis ítems, puntajes en indicadores de 6-14 puntos indican una calidad de vida baja, 15-23 moderada y 24-30 alta; en la dimensión Social, confeccionada por 3 ítems, se ubican indicadores de 3-6 puntos en una calidad de vida baja, 7-10 moderada y 11-15 alta; y la dimensión Ambiente conformada por ocho ítems, cuenta con un puntaje de 8-18 puntos en la calidad de vida baja, 19-28 moderada y 29-40 alta. Por último, para medir Calidad de vida total, el rango bajo es comprendido entre las puntuaciones de 26 a 60,6 puntos, el rango medio se ubica entre los 60,7 a 95,2 puntos y el rango alto abarca los 95,3 a 130 puntos.

Procedimiento

Se contactó a la muestra a través de familiares o amistades de los participantes pautando un horario de encuentro, una vez allí, previo a la aplicación de los test, se les informará brevemente el motivo del estudio y los objetivos del mismo, así como también la confidencialidad de los datos obtenidos. Las técnicas fueron administradas de manera personal, dando a lugar a la posibilidad de indagar a través de repreguntas sobre aspectos relevantes para la investigación. Se le administró a los participantes en una primera instancia el día 22 de agosto del año 2023, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido EMAS (Zimet, 1988) y una vez finalizado dicho cuestionario se les suministró la Escala WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1999), cabe aclarar que se realizó la modificación del tamaño de la letra de ambas técnicas con la finalidad de que el adulto mayor pueda leer las consignas con mayor facilidad, por otra parte resulta importante destacar que el tiempo de respuesta de dichos test oscilan entre 10 a 15 minutos con la

finalidad de evitar el agotamiento durante la realización de los mismos. Por último, una vez finalizados los cuestionarios, se les dará la posibilidad de conocer los resultados finales de la presente investigación brindando un mail de contacto.

Análisis de datos

Luego de obtener los resultados, el día 28 de agosto del 2023 se elaboró una base de datos usando el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 22 (IBM Corp., 2012). Se realizó un análisis en dos sentidos: descriptivo e inferencial. Para realizar el estudio descriptivo se hizo un análisis por medio de estadísticos de frecuencia respecto a los datos sociodemográficos y los puntajes obtenidos de las pruebas. Por otra parte, para realizar el estudio inferencial se ejecutó un análisis de la normalidad de distribución por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov dado que la muestra fue mayor a 50 personas. Respecto al análisis de la correlación entre variables; luego de realizar el análisis de normalidad se obtuvo que la muestra tenía una distribución no normal, por lo que se usó la prueba no paramétrica de Spearman. A partir de lo obtenido acerca del nivel de significancia es que se contrastó y grado de la relación entre ambas variables.

Resultados

Caracterización de la muestra

En las tablas 1 y 2 se resumen las características sociodemográficas de la muestra y el análisis descriptivo de las variables y subescalas mencionadas.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categoría	N	Porcentaje
Género	Masculino	33	55,0
	Femenino	27	45,0
Estado Civil	Viudo/a	24	40,0
	Casado/a	21	35,0
	Soltero/a	11	18,3
	En pareja	4	6,7
Nivel de estudios	Estudios primarios	35	58,3
	Estudios secundarios	18	30,0
	Estudios terciarios	7	11,7
Situación laboral	Jubilado/a	50	83,3
	Trabaja	10	16,7
Tipo de convivencia	Con familia u otras personas	37	61,7
	Solo/a	23	38,3
¿Tiene dificultad para movilizarse?	No	37	61,7
	Sí	23	38,3
¿Realiza alguna actividad recreativa o hobby?	No	38	63,3
	Sí	22	36,7
¿Participa de algún centro de culto y/o religioso?	No	41	68,3

	Sí	19	31,7
--	----	----	------

N=60

En referencia al sexo, se encontró que la mayoría de participantes fueron hombres (55%) a comparación de un menor porcentaje de mujeres (45%). En cuanto a su estado civil, 18,3% de personas reportaron ser solteras; 35% casadas; 6,7% en pareja y 40% viudas. Con relación a el nivel educativo, el 58,3% de los participantes indicó poseer estudios primarios, el 30% refirió tener estudios secundarios y el 11,7% restante, manifestó que tenía estudios terciarios. Acerca de su situación laboral, el 83,3% reportaron ser jubiladas, mientras que el 16,7% continúa trabajando. Con respecto a el tipo de convivencia, el 61,7% manifiesta convivir con su familia u otras personas, y el 38,3% restante vive solo/a. En cuanto a la participación de alguna actividad recreativa o hobby, el 63,3% respondió de manera afirmativa, mientras que el 36,7% manifestaron no realizar ningún tipo de actividad o hobby. Acerca de la participación a algún centro de culto y/o religioso, el 68,3% no participa, a diferencia de el 31,7% restante que manifiesta concurrir a diversos templos.

Descripción de las variables

Tabla 2

Análisis descriptivo de las variables

Variable	M (DS)	Mediana	95% IC	Rango
PHYS	52.08 (21,32)	51.78	[46.57, 57.59]	7.14-92.86
PSYCH	50.55 (22,71)	50	[44.68, 56.42]	4.17-95.83
SOCIAL	36.94 (24,56)	33.33	[30.59, 43.29]	0-83.33
ENVIR	50.93 (19,34)	50	[45.94, 55.93]	3.13-93.75
Calidad de Vida-Total	77.15 (19,52)	75	[72.11, 82.19]	41-117
Otro significativo	4.55 (1,57)	4.75	[4.14, 4.95]	1.75-7

Familia	3.75 (1,65)	3.75	[3.33, 4.18]	7-23
Amigos	3.42 (1,56)	3.5	[3.01, 3.82]	1-7
Apoyo Social-Total	11.72 (3,71)	11.87	[10,77, 12.68]	6-20.50

Siendo la muestra N=60 la edad mínima resultó ser de 69 años y la máxima de 88.

A su vez se obtuvo una media de 76,58 con un desvío típico de 5,159.

Tabla 3

Nivel de Apoyo Social Percibido y sus dimensiones

	Alto		Medio		Bajo	
	N	%	N	%	N	%
Otro Significativo	28	46,67%	19	31,66%	13	21,66%
Familia	17	28,33%	21	35%	22	36,66%
Amigos	11	18,33%	23	38,33%	26	43,33%

Los resultados obtenidos dentro de la dimensión Otro significativo, demuestran que un porcentaje total de 78,33% se ubican dentro del rango medio-alto, con lo cual se interpreta que esa proporción de la muestra recibe apoyo por parte de personas representativas o significativas tales como familiares, amigos o cuidadores. A su vez, se observa que la dimensión Familia, refleja un 63,33% ubicado dentro del rango medio-alto denotando así que gran parte de los participantes perciben el apoyo necesario por parte de su familia. Asimismo, dentro de la dimensión Amigos, se obtiene un porcentaje total de 56,66% que se sitúa en los rangos medio-alto, interpretando así que buena parte de la muestra percibe apoyo por parte de respectivas amistades cercanas.

Tabla 4

Nivel de Calidad de vida y sus dimensiones

	Alta		Media		Baja	
	N	%	N	%	N	%
Salud física	7	58,33%	18	30%	35	11,66%
Salud psicológica	2	63,33%	20	33,30%	38	3,33%
Relaciones sociales	0	70,33%	13	21,66%	47	8%
Ambiente	0	69%	15	18%	45	13%

En la tabla 4 se puede distinguir que la dimensión Salud física abarca un total de 88,33% comprendido en los rangos medio-alto, deduciendo entonces que la mayoría de los participantes exteriorizan una buena salud física, lo cual representa que los sujetos no padecen de dolores o molestias físicas, así como tampoco presentarían inconvenientes para conciliar el sueño o fatiga diaria; denotando una acorde energía y vitalidad para su edad. En lo que respecta ser la dimensión Salud psicológica, se observa que un porcentaje total de 96,63% se ubica en los rangos medio-alto, con lo cual una gran parte de la muestra presenta sentimientos positivos, tales como satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida. A su vez, se denota un exitoso funcionamiento de tareas vinculadas con el pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración; así como también una positiva imagen y apariencia corporal, que se corresponde a su vez con la autoestima. En cuanto a la dimensión Relaciones sociales, se logra identificar un total de 91,99% de la muestra situado en el rango medio-alto, deduciendo así que la mayoría de los participantes reciben aprobación y aliento por parte de sus familiares y amigos, sintiéndose acompañados y validados por los mismo. Además, se desglosa una eficaz capacidad de expresar y disfrutar adecuadamente su deseo sexual. Por último, en lo refiere ser la dimensión Ambiente, se puede apreciar que un porcentaje total del 87% se encuentra en un rango medio-alto, con lo cual se interpreta que una buena parte de la muestra experimenta sentimientos de seguridad y protección dentro de su entorno físico, sintiéndose conformes y seguros dentro de sus hogares. A su vez, se involucra la seguridad frente a la posibilidad de ser atendidos en hospitales o centros sanitarios locales.

Tabla 5

Niveles totales de Apoyo Social Percibido y Calidad de vida

	Alto		Medio		Bajo	
	N	%	N	%	N	%
Total Apoyo Social Percibido	15	25%	24	40%	21	35%
Total Calidad de vida	14	23,33%	32	53,33%	14	23,33%

En la tabla 5 se contemplan los niveles totales de Apoyo social percibido y Calidad de vida. Predominando en el primero, un porcentaje total del 65% ubicado en el rango medio-alto, interpretando así que una buena parte de la muestra manifiesta una positiva evaluación subjetiva de los recursos brindados por sus familiares, amigos o personas significativas, permitiendo cubrir las necesidades o exigencias de estos. Asimismo, se observa que un porcentaje total del 76,66% de los sujetos se ubica en un rango medio-alto, infiriendo así que gran parte de los participantes desarrollan una buena calidad de vida, posibilitando una eficiente relación con el contexto, involucrando factores primordiales físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Correlación de variables

Tabla 6

Correlación entre Calidad de Vida y Apoyo social percibido

Variable	PHYS	PSYCH	SOCIAL	ENVIR	Calidad de vida-Total
Otro Significativo	.459**	.628**	.571**	.610**	.654**
Familia	.417**	.693**	.730**	.617**	.690**
Amigos	.376**	.507**	.597**	.332**	.494**
Apoyo Social-Total	.518**	.798**	.834**	.639**	.791**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Dado que la subescala Otro significativo obtuvo una distribución anormal, se utilizó el estadístico Rho de Spearman para dar a conocer la correlación con la variable Calidad de vida y sus respectivas dimensiones. Se obtuvieron significaciones p de ,000. A su vez, dado

que la dimensión Social obtuvo una distribución anormal, se utilizó Rho de Spearman para correlacionar con las dimensiones Familia y Amigos, de la misma manera, se obtuvieron puntajes p de ,000. Teniendo en cuenta que las subescalas Familia, Calidad de vida total y sus dimensiones, a excepción de Social, obtuvieron distribuciones normales, se utilizó R de Pearson para evaluar su correlación con la escala total de Calidad de vida y sus respectivas dimensiones. Al igual que los resultados anteriores, se alcanzaron puntajes p de ,000. Por último, considerando que la subescala Amigos obtuvo una distribución normal y la escala Calidad de vida y sus dimensiones (excepto Social), también se utilizó R de Pearson, obteniendo resultados similares p de ,000. La gran mayoría de las correlaciones realizadas denotaron grados de correlación moderada, alta y muy alta, que serán explicadas con mayor detenimiento a continuación.

Discusión

Los resultados obtenidos se asemejan a las investigaciones realizadas por Figueroa y Carballo (2016) teniendo en cuenta que se demuestra mediante la evidencia que el apoyo social percibido es un posible factor que incide sobre la calidad de vida, generando así que al modificarse una de ellas, por defecto, se modifique la otra. A su vez, la presente investigación difiere con respecto a los resultados logrados en los estudios realizados por Angulo Calle y Rivera Soto (2021) en los cuales se observa una correlación positiva y débil entre ambas variables, mientras que en el actual estudio se constató que la correlación entre dichas variables resultó ser positiva y fuerte ($\rho = ,791^{**}$; $p < .000$). Una de las asociaciones más fuertes señaladas en la investigación de Tarapoto (2019) se adjudican a las puntuaciones de las dimensiones de apoyo social percibido por familiares y otros con

medio ambiente ($\rho = .620$; $p < .052$) difiriendo del presente estudio, donde se observa una relación muy alta entre apoyo social percibido y relaciones sociales ($\rho = .834$; $p < .000$). Una de las investigaciones dirigidas por Banchon obtiene como principal descubrimiento que la calidad de vida de las y los adultos mayores muestran una conexión directa con el apoyo familiar; compartiendo dichos resultados en la actual investigación ($\rho = .690$; $p < .000$). Quiroga-Sanzana y Parra Monje evidenciaron en su estudio confeccionado en contexto pandémico, que la percepción de calidad de vida de los participantes fue predominante positiva, integrando valores superiores al 68% entre las categorías “normal” y “bastante buena”, con lo cual se podría comparar con el actual estudio, teniendo en cuenta que los niveles de calidad de vida medio-alto abarcan el 76,66% de la muestra seleccionada, superando y reforzando así los niveles mencionados en la anterior investigación. Por último, pero no menos importante, en los resultados obtenidos de los estudios realizados por Pelcastre-Villafuerte y Treviño-Siller se logra detectar que los apoyos brindados a los adultos mayores seleccionados para dicha investigación son fundamentalmente de carácter material, económico e instrumental; estrechamente vinculados a la dimensión ambiente. Muy escasamente se identificó el acompañamiento cotidiano y la inserción social en el grupo familiar o social (charla y apoyo emocional o cognitivo continuo), atención en un sentido amplio, como una necesidad humana fundamental. Mientras que, en la actual investigación desarrollada, se puede observar que no solo los participantes perciben un gran apoyo económico, material e instrumental por parte de su entorno, sino que, a su vez, identifican gran validación y acompañamiento por parte de la familia y amigos, evidenciado en una muy alta correlación entre apoyo social percibido y relaciones sociales ($\rho = .834$; $p < .000$).

Conclusiones

Según los resultados obtenidos de la presente investigación sobre calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores pertenecientes a la zona codificada 062700708 de la localidad de Tristán Suarez, 2023; detallados en la tabla 7, se puede concluir lo siguiente:

Respecto al objetivo general, se encontró relación significativa ($\rho = 0,791^{**}$; $p < .000$); entre calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores pertenecientes a la zona codificada 062700708 de la localidad de Tristan Suarez, 2023.

Con relación al primer objetivo específico, se halló que el 35% de los participantes presenta un nivel bajo de calidad de vida, mientras que un 40% presenta un nivel medio de calidad de vida; es decir, un gran porcentaje de los participantes percibe una adecuada calidad de vida.

Respecto al segundo objetivo específico, se halló que el mayor porcentaje en la distribución de las tres categorías bajo, medio y alto es de un 53,33% que pertenece al nivel “medio” de apoyo social percibido, lo que demuestra que este porcentaje de participantes percibe que recibe apoyo social de una manera adecuada.

Respecto al tercer objetivo específico; se encontró que existe correlación significativa ($\rho = ,518^{**}$; $p < .000$) entre apoyo social percibido y la dimensión salud física; es decir, que el apoyo social que reciben los participantes está muy relacionado a la salud física de los mismos.

Respecto al cuarto objetivo específico; se demostró que existe correlación significativa ($\rho = ,798^{**}$; $p < .000$) entre apoyo social percibido y la dimensión salud

psicológica; es decir, que la salud psicológica de los participantes está muy vinculada con el apoyo social que reciben.

Respecto al quinto objetivo específico; se observó que existe correlación significativa ($\rho=,834^{**}$; $p<.000$) entre apoyo social percibido y la dimensión relaciones sociales; es decir, que el apoyo social que reciben los participantes está muy relacionado al bienestar de las relaciones sociales.

Respecto al sexto objetivo específico; se evidenció que existe correlación significativa ($\rho=,639^{**}$; $p<.000$) entre la dimensión medio ambiente y apoyo social percibido; es decir, que el medio ambiente de los participantes está muy relacionado con el apoyo social que reciben.

Recomendaciones

Al concluir este estudio y basándonos en los hallazgos obtenidos, se plantean las siguientes sugerencias:

A futuros investigadores, se les recomienda seguir llevando a cabo investigaciones que contribuyan al entendimiento del segmento de población de avanzada edad; poniendo énfasis en tópicos como la sociedad, la demografía y la cultura, ya que estos influyen en cómo se percibe el apoyo social y la calidad de vida.

A las entidades responsables de asegurar el bienestar físico, social, emocional y espiritual de las personas, como por ejemplo, el departamento de salud, las administraciones municipales, instituciones religiosas, entre otras, se les sugiere organizar

campañas de sensibilización para resaltar la importancia del respaldo familiar y social en el proceso de incorporar a los adultos mayores en círculos sociales, dado que desempeñan un papel fundamental en mejorar tanto los aspectos tangibles como los emocionales de la vida de los adultos mayores.

Dada la diversidad cultural, es esencial que las instituciones mencionadas establezcan un centro educativo específico para personas mayores, con el propósito de empoderar a este grupo en su búsqueda de un proceso de envejecimiento saludable.

A las autoridades competentes en este ámbito, se les recomienda fomentar una mayor participación de las instituciones educativas enfocadas en la salud mental en actividades relacionadas con esta franja de edad. Esto permitirá una interacción más activa, que vaya más allá de simples charlas o visitas a centros de personas mayores.

Limitaciones

Con relación a las posibles limitaciones encontradas durante la realización del presente estudio, se detectan desafíos en relación al acceso a la muestra en persona, debido a obstáculos burocráticos y la necesidad de coordinar las evaluaciones. Del mismo modo, se considera como una limitación el tiempo requerido para la administración de las pruebas, ya que la aplicación individual de los instrumentos, junto con las extensas retroalimentaciones proporcionadas por los participantes, extendería el período de recopilación de datos y obstaculizaría la rapidez de su procesamiento. Otra limitación que surgió fue el nivel de fatiga y agotamiento físico experimentado por los evaluadores; no obstante, se destacó la alta disposición y motivación que se mostró al participar en las

evaluaciones. Por último, existen limitaciones fuertemente presentes por el numero de la muestra, como así también la de ampliar el campo de variables que pudieran actuar.

Referencias Bibliográficas

Barrero Lazzata, C., *Aspectos sociales del envejecimiento*. Washington D.C.: OPS; 1994. p. 57-66.

Bazo, M. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: CIS-Siglo XXI.

Bazo, M., & Maiztegui, C. (1999). *Envejecimiento y Sociedad: Una Perspectiva Internacional*. Madrid: Ciencias de la Salud Panamericana.

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4, Pt. 1), 22-23.

Butler, R. N. (1994). Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention. En D. Schenk y W. A. Achenbaum (Eds.), *Changing Perceptions of Aging and the Aged*. Nueva York: Springer.

de Jong Gierveld, J. (1998). *Una Revisión de la Soledad: Concepto y Definiciones, Determinantes y Consecuencias*. *Reseñas en Gerontología Clínica*, 8, 73-80.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Grenade L, Boldy D: *Aislamiento social y soledad entre las personas mayores: problemas y desafíos futuros en entornos comunitarios y residenciales*. *Revista de salud australiana*. 2008, 32: 468-478.

Hajek A., & König H. H. (2017). *Cuidado informal y bienestar subjetivo: evidencia de un estudio longitudinal basado en la población de adultos mayores en Alemania*. *Mermelada Med Dir Assoc*, 17(4), 300-305.

- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C.J., & Campbell, J. L. (2010). *El Impacto del Aislamiento Social en el Estado de Salud y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las Personas Mayores. Investigación de Calidad de Vida, 1*(11).
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). *Relaciones Sociales y Riesgo de Mortalidad: Una Revisión Metaanalítica. Biblioteca Pública de Medicina de la Ciencia, 7*.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., & Shaner, J. L. (1997). *Estereotipos de adultos mayores: el papel de las señales faciales objetivo y las características del perceptor. Psicología y Envejecimiento, 12*(1), 107-114.
- IBM Corp. (2021). IBM SPSS Statistics para Windows, versión 28.0. Armonk, Nueva York: Autor.
- I. Schäfer, E. von Leitner, G. Schön, et al. (2016). *Multimorbidity Patterns in the Elderly: A New Approach to Disease Clustering Identifies Complex Interrelations Between Chronic Conditions. PLoS ONE, 11*(12), 1-10.
- INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (s. f.). *INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina*.
- INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. *Resultados Provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022_resultados_provisionales (Fecha de acceso: 12 de mayo de 2023).
- INDEC. (s. f.). *Estimaciones y proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*.

- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., et al. (1997). *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life: Consensus Statement Update*. JAMA, 278(14), 1186-1190.
- Levin, J., & Levin, W. C. (1980). *Ageism: Prejudice and Discrimination Against the Elderly*. Belmont, CA: Wadsworth.
- López-Torres, J., Requena, M., Fernández, C., Cerdá, R., & López, M. A. (1995). *Dificultades visuales y auditivas expresadas por los ancianos. Atención Primaria*, 16(7), 437-440.
- Márquez, C. (1995). *El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos*.
- Maslow, A. H. (1943). *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review, 50(4), 370-396.
- Mayordomo, RN. & Lewis, MI. (1981). *Envejecimiento y salud mental* . San Luis: CV Mosby.
- Mejía Castillo, A. de J. (2011). *Estrés ambiental e impacto de los factores ambientales en la vejez. Pampedia*, 7, 3-18.
- Muñoz Repiso Izaguirre, M. (2000). *Educación en Positivo para un Mundo en Cambio*. Madrid: P.P.C.
- Muñoz, J. (2000). *El proceso del envejecimiento* . Madrid: Pirámide.
- Nieto Antolínez Eco, ML., & Alonso Palacio, LM (2007). ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?. *Salud Uninorte* , 23 (2), 292-301.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*.

- Ortega, P., & Mínguez, R. (2003). *Familia y Transmisión de Valores. Teoría de la Educación, 15*, 33-56.
- Pezo, S., Costa, S. y Komura, H. (2004). *La familia conviviendo con la depresión: De la incomprensión inicial a la búsqueda de ayuda. Revista de Psicología, 13*(47), 11-15.
- Riley, E. (2008). *Factors Associated with Depression Among Homeless and Marginally Housed HIV-Infected Men in San Francisco. Journal of General Internal Medicine, 21*(1), 61.
- Rivera, M. (2009). *La calidad de vida de las personas mayores en una zona de 5. Salud de Huelva Portularia, 4*(2), 199-208.
- Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2009). Efectos de la Rehabilitación del Grupo Psicosocial en el Funcionamiento Social, la Soledad y el Bienestar de las Personas Mayores Solitarias: Ensayo Controlado Aleatorio. *Revista de Enfermería Avanzada, 65*, 297-306.
- Salvarezza, L. (1998). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sandín, B. (2003). *El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3*(2), 141-157.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictores y Causas Subjetivas de la Soledad en una Población Anciana. *Archivos de Gerontología y Geriatría, 41*, 223-233.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine, 10*, 1403-1409.

- The WHOQOL Group. (1998a). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 12, 1569-1585.
- The WHOQOL Group. (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Thornton, J. E. (2002). *Myths of Aging or Ageist Stereotypes*. *Educational Gerontology*, 28(4), 301-312.
- van Baarsen, B., Snijders, T. A. B., Smit, J. H., & van Duijn, M. A. J. (2001). Solitario pero no solo: Aislamiento Emocional y Aislamiento Social como Dos Dimensiones Distintas de la Soledad en las Personas Mayores. *Medición Educativa y Psicológica*, 61, 119-135.
- Vargas, H. (2014). *Tipo de familia y ansiedad y depresión*. *Revista Médica Herediana*, 25, 57-59.
- Victor, C., Bowling, A., Bond, J., & Scambler, S. (2003). *Soledad, Aislamiento Social y Vivir Solo en la Vejez. Programa ESRC Growing Old, Resultados de la Investigación 17*.
- Victor, C., Scambler, S., & Bond, J. (2009). *Exclusión Social y Aislamiento Social*. En *El Mundo Social de las Personas Mayores: Comprender la Soledad y el Aislamiento Social en la Vejez* (pp. 168-200). Maidenhead: Open University Press.
- Villamil, M., Quintero, Á., Henao, E., & Cardona, J. (2013). *El Sentimiento de Soledad en Adultos*. *Medicina U.P.B.*, 32, 9-19.
- Weiss, R. S. (1973). *Soledad: La Experiencia del Aislamiento Emocional y Social*. Massachusetts: Halliday Lithograph Corporation.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). La escala multidimensional de apoyo social percibido. *Revista de Evaluación de la Personalidad*, 52(1), 30–41.

Anexos

Anexo 1: Sociodemográfico

Edad:

Género: FEM ☐ MASC ☐

Estado Civil: CASADO/A ☐ SOLTERO/A ☐ EN PAREJA ☐ VIUDO/A ☐

Formación Educativa: ESTUDIOS PRIMARIOS ☐

ESTUDIOS SECUNDARIOS ☐ ESTUDIOS TERCARIOS ☐

Situación Laboral: TRABAJA ☐ JUBILADO/A ☐

Tipo de convivencia: SOLO/A ☐ CON OTRAS PERSONAS/FAMILIA ☐

¿Posee alguna dificultad para movilizarse? SI ☐ NO ☐

¿Realiza alguna actividad recreativa/hobbie como jardinería, deportes, etc.?

SI ☐ NO ☐

¿Participa de algún centro de culto y/o religioso? SI ☐ NO ☐

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMAS)

1	2	3	4	5	6	7
totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Mas bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Mas bien de acuerdo	totalmente en desacuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.					1	2 3 4 5 6 7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.					1	2 3 4 5 6 7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme					1	2 3 4 5 6 7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.					1	2 3 4 5 6 7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.					1	2 3 4 5 6 7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme					1	2 3 4 5 6 7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal					1	2 3 4 5 6 7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia					1	2 3 4 5 6 7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías					1	2 3 4 5 6 7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos					1	2 3 4 5 6 7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones					1	2 3 4 5 6 7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.					1	2 3 4 5 6 7

Escala Calidad de vida (WHOQOL)-BREF

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su participación