

RELACIÓN DE BIENESTAR PSICOLÓGICO, APOYO SOCIAL, ESTADO DE SALUD FÍSICA Y MENTAL CON CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE ARICA

*RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, SOCIAL SUPPORT,
MENTAL AND PHYSICAL HEALTH CONDITION AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY
PEOPLE OF ARICA CITY*

Alejandro Cuadra-Peralta*, Eduardo Francisco Medina Cáceres**, Katherine J.
Salazar Guerrero***

Universidad De Tarapacá, Arica, Chile.

*Recibido septiembre de 2015/Received September, 2015
Aceptado octubre de 2015/Accepted October, 2015*

RESUMEN

La presente investigación tiene como principal objetivo relacionar las variables bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico por disponibilidad. Participaron 150 adultos mayores (42 hombres y 108 mujeres), pertenecientes a distintos sectores de la ciudad. Los resultados indican que Calidad de vida correlacionó de manera positiva y estadísticamente significativa con Bienestar psicológico (0,763), Apoyo social (0,431) y Salud física y mental (0,586). No obstante, el modelo final es salud *0656 + bienestar psicológico *168= calidad de vida (coeficiente de regresión no estandarizados), lo anterior proporciona una correlación múltiple de 0,78. Este modelo tiene una $F = 115,88$ con una significación de 0.00.

Palabras Clave: Calidad de Vida, Bienestar Psicológico, Apoyo Social, Estado de Salud Físico y Mental.

ABSTRACT

*The aim of this research project is to determine the correlation between psychological well-being, social support and mental and physical health state, and the quality of life of elderly population in the city of Arica, Chile. A non-probability, availability sampling method was used. The sample consisted of 150 elderly people (42 men, and 108 women) from different areas of the city. The results show a positive and statistically significant correlation between quality of life and psychological well-being (0.763), social support (0.431) and mental and physical health condition (0.586). Nevertheless, the final model is: mental and physical health condition *0656 + psychological well-being *168= quality of life (non-standardized regression coefficient), providing a multiple correlation of 0.78. This model has an $F=115.88$ with a significance of 0.00.*

Key Words: Quality of Life, Psychological Well-Being, Social Support, Mental and Physical Health Condition.

* Psicólogo, Universidad de Chile, y Doctor en Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Académico del Departamento de Filosofía y Psicología de la Universidad de Tarapacá. acuadra@uta.cl

** Psicólogo, Universidad de Tarapacá.

*** Psicóloga, Universidad de Tarapacá.

Introducción

El aumento en la expectativa de vida de la población, unido al declive de la natalidad en los países desarrollados y algunos en vías de desarrollo, han producido un envejecimiento progresivo de la población mundial mayor de 65 años (Reyes y Castillo, 2011). Evidencia de esto es que, en nuestro país, en el año 2010 los adultos mayores sobrepasaron los dos millones, constituyendo uno de los segmentos poblacionales con mayor crecimiento del país. Cabe mencionar que en Chile, para el año 2020, se espera un acenso de 3,2 millones de adultos mayores (Rojas, 2010).

En relación a lo anterior, según cifras de la Comisión Económica para América Latina (CELADE), Chile es uno de los países considerados con “envejecimiento acelerado”, y se espera que para el año 2025 posea el índice de envejecimiento más alto de la zona, superando incluso a países colindantes que tradicionalmente contaban con tasas de envejecimiento más altas como Argentina y Uruguay (Rojas, 2010).

De acuerdo con lo anterior, el estudio de la calidad de vida se considera un nicho científico que debe ser abordado, sobre todo si se tiene en cuenta que actualmente existen pocos estudios que examinan la calidad de vida en adultos mayores en América Latina (Herrera, Barros, & Fernández, 2011). No obstante, cabe señalar que recientemente en Chile, Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas (2011) reportaron que variables biopsicosociales como el bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud general y estado de salud mental y física correlacionaron de manera positiva y estadísticamente significativa con calidad de vida en adultos mayores. Esta investigación nos proporciona una orientación sobre las variables psicosociales que se deben incluir al estudiar la calidad de vida tanto en nuestro contexto local como nacional.

El conocimiento de qué variables se asocian con calidad de vida resulta esencial para bosquejar estrategias que la mejoren en este sector de la población (Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García, & Alvear, 2002), máxime si se considera que, tal como se señaló, estamos frente a un proceso de envejecimiento de la población que obliga a poner el foco en el estudio científico de aquellas variables que contribuyan a sobrellevar de manera adecuada esta importante etapa.

Adulter Mayor

Existen numerosas definiciones del proceso de envejecimiento, cada una de ellas analizadas desde distintos enfoques. No obstante, cabe señalar que el proceso de envejecimiento del ser humano no debería verse de una manera reduccionista, es decir, postular que dicho proceso es netamente biológico sería un error, lo correcto sería analizarlo desde un contexto multidimensional, tomando en consideración la naturaleza compleja del hombre, vale decir, como un ser biológico, cultural, social, mental y espiritual integradamente (Santiesteban, Pérez, Velásquez, & García, 2009).

De acuerdo con lo señalado, el envejecimiento se entiende como el conjunto de cambios anatómicos, funcionales y psicológicos, que con el paso del tiempo se originan de forma irreversible en todo ser vivo. Es decir, independientemente que el envejecimiento se presenta con una gran variabilidad individual (cada uno lo vive de diferente manera), es un proceso que afecta paulatinamente a todos los seres a medida que transitan por las distintas etapas del ciclo vital, siendo esta última, la vejez (CELADE, 2000). En este sentido, la vejez es vista como un proceso o etapa más de nuestro ciclo vital (infancia, pubertad, adolescencia, madurez), la cual tiene sus propias características, algunas más agradables que otras, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos y hereditarios), actitudes personales y circunstancias que envuelven la vida (Milagros, 2001).

Es necesario mencionar que la adultez mayor es una etapa en el desarrollo del ser humano que comienza a los 60 años y concluye en el momento en que la persona fallece. Siendo un período caracterizado por la presencia de notables cambios en todas las áreas del funcionamiento (Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010).

Calidad de Vida

El término calidad de vida data desde los inicios de la humanidad, pero su estudio científico se volvió relevante a partir de los años cincuenta del siglo pasado. A través del tiempo las connotaciones dadas a dicho término han ido evolucionando: en un principio sólo hacían referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta hoy en día, en que se le da especial

importancia a la experiencia del sujeto, así como también a la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Vinaccia, Fernández, Quiceno, López, & Otalvaro, 2008). La calidad de vida se concibe, por tanto, como un constructo multidimensional que incluye componentes objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc) y subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.), relativos a diversos ámbitos de la vida (Moyano & Ramos, 2007).

Por su parte, y de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se considera como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones e intereses. Es un concepto amplio y complejo que abarca la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las particularidades del entorno (Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordoñez & Osorio, 2011).

Respecto de la medición de calidad de vida en adultos mayores, existen numerosos instrumentos, pero en esta investigación se utilizó el WHOQOL-Old, creado por la Organización Mundial de la Salud. Dicho instrumento mide la calidad de vida en adultos mayores de manera subjetiva, pues considera los sentimientos y pensamientos de las personas encuestadas. Consta de seis dominios, que son: Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades del pasado, presente y futuras, Participación social, Muerte y morir e Intimidación (Urzúa et al., 2011).

El bienestar psicológico en la adultez mayor

El término bienestar psicológico ha producido un gran debate en los últimos años, pues su definición está fundamentada en dos antiguas orientaciones filosóficas. La primera ha sido conocida como hedonismo, relacionada principalmente con la felicidad, es decir, conceptúa el término de bienestar como la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas, en cambio, la segunda perspectiva conocida como tradición eudaimónica, apunta a vivir de manera plena, es decir, establece que el bienestar se encuentra en la ejecución de actividades congruentes con valores profundos, conjeturando con esto que las personas podrán desarrollar todo su potencial humano y se

sentirán realizadas (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009).

Carol Ryff (1989) ha sido una de las principales teóricas en referirse al tema del bienestar o salud positiva. Ella postula que el término bienestar psicológico tiene relación con el desarrollo del auténtico potencial de uno mismo. De esta forma, dicho término sería la consecuencia de una vida bien vivida.

A partir de dicho enfoque, Ryff creó un modelo multidimensional para adultos y personas mayores (Oramas, Santana, & Vergara, 2006). En sus resultados, validados factorialmente, se halló que la concepción de salud mental positiva incluía seis dominios: que incluyen la evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada (*autoaceptación*); un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona (*crecimiento personal*); la creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado (*propósito en la vida*); el desarrollo y subsistencia de relaciones de calidad y confianza con otros (*relaciones positivas*); la capacidad de dirigir positivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos (*dominio del entorno*); y un sentido de autodeterminación personal (*autonomía*). El bienestar psicológico constituye, entonces, un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio, y, envuelve aspectos tanto valorativos como afectivos, los cuales se integran en la proyección futura y el sentido de la vida (Vivaldi & Barra, 2012).

El apoyo social percibido en el adulto mayor

Una característica habitualmente asociada a la salud y a la calidad de vida es el apoyo social (Avendaño & Barra, 2008).

El apoyo social se puede definir a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. En tanto, la segunda se enfoca en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe. Esta última correspondería al apoyo social percibido (Vivaldi & Barra, 2012).

Arechabala y Miranda (2002) reportaron que al analizar el apoyo social en los adultos mayores chilenos, se pueden identificar dos categorías de

distribución del apoyo social: los familiares y los no familiares –amigos, vecinos, miembros de organizaciones de autoayuda, profesionales y proveedores de servicios–. Por tanto, entre las fuentes de apoyo que recibe el adulto mayor, la familia es uno de los recursos que ofrece mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona no es apoyada por redes formales (Domínguez, Espín, & Bayorre, 2001).

Independientemente del tipo de apoyo, ya sea recibido o percibido, la literatura pone en evidencia que el apoyo social se concibe como un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción que sienten con la vida (Vivaldi & Barra, 2012). De hecho, investigaciones realizadas por Berkman (1995), Davis, Morris y Kraus (1998), House, Landis y Umberson (1988) señalan que el aislamiento social, la soledad o la pérdida de apoyo social están sólidamente relacionadas con el riesgo de sufrir una enfermedad, y reducen el tiempo de vida. Así lo confirma de igual forma el estudio realizado en Chile por Gallardo, López de Roda, Sánchez y Arias (2014), donde se desprende que mayores niveles de apoyo social se asocian con una menor incidencia de síntomas de deterioro en la salud y con mejores indicadores de bienestar.

El estado de salud física y mental en la vejez

En el caso del estado de salud mental, Silvia Berman (citada en Oramas, et al., 2006) plantea que:

La salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, se puede comenzar a hablar de enfermedad. (p. 34).

Agoeiro, Pestana y Paul (2007) expanden el término de salud mental en los adultos mayores y lo plantean no sólo como ausencia de enfermedades o síntomas, sino también como un recurso intelectual y emocional que fortalece tanto el bienestar personal como la integración social. Además, disminuye especialmente en los adultos mayores de edades más avanzadas, las principales manifestaciones de estados emocionales tales como el estrés, la

depresión o desórdenes mentales aún más severos como demencias y trastornos de personalidad (Flores, Colunga, González, Vega, Cervantes, & Valle, 2013).

Marcos Becerro (1989) postula que existen distintos tipos de salud, entre ellas, la salud mental y física, estando la primera relacionada con el buen funcionamiento de los procesos mentales del sujeto. Mientras que la salud física, se relaciona con el buen funcionamiento de los órganos y sistemas corporales.

Respecto del estado físico, éste se centra en la salud, la movilidad y la seguridad personal. Estado físico y movilidad están relacionados con aspectos de capacidad física, que pueden definirse de mejor forma como capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas. La seguridad física sería la condición por la que estamos libres de daño o lesión (Romero, Acosta, Carmona, Jaimes, Masco, Páez, & Vega, 2010).

En esta misma línea, la salud física es otro de los elementos a considerar como relevantes, pues se ha reportado que los ancianos refieren, por lo general, pocas preocupaciones a excepción de las que tienen que ver con el área de la salud (Fernández-Ballesteros, 1994). De hecho, no sería extraño pensar que la salud fuera la preocupación más importante en las personas de mayor edad, sobre todo si se considera que lo que caracteriza esta etapa de la vida es el declive biológico, entre ellos, el deterioro físico (Majos, 1995), que a menudo se traduce en hospitalizaciones en clínicas geriátricas u hospitales generales (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida, & Díaz 2004).

Bienestar Psicológico, Apoyo Social, Estado de Salud Física y Mental: su relación con Calidad de Vida

Respecto de la relación entre calidad de vida y las variables de interés recién definidas, en una investigación realizada por Vidal, Zavala, Castro, Mora y Mathiesen (2008) sobre calidad de vida en el adulto mayor se encontró dentro de los indicadores más importantes: la salud, condiciones de vida, uso de tiempo libre, recreación, relaciones interpersonales, satisfacción laboral e integración a la comunidad.

En la misma línea que el trabajo anterior, en la investigación realizada por Urzúa et al. (2011) se concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores está estrechamente relacionada con el bienestar psicológico, apoyo social, estado de

salud en general y estado de salud mental y física. En términos más concretos, Urzúa et al. indican que el mecanismo por el que el apoyo social se relaciona con calidad de vida es que probablemente las personas mayores al sentirse integradas en la familia, comunidad y conservar relaciones sociales activas, generarían sentimientos de satisfacción por cumplir papeles sociales importantes, y los llevaría, a su vez, a experimentar sentimientos de autoeficacia, control y competencia social; o bien dado que al contar con soporte social podrían disminuir las posibles situaciones estresantes producto del deterioro de sus capacidades. Además, se observó que el apoyo social generaría efectos favorables sobre la salud y el bienestar.

Recientemente, Browning y Thomas (2013) señalan que investigadores hallaron que los temas claves de la calidad de vida, mencionados por una comunidad de adultos mayores, fueron: bienestar psicológico y perspectiva positiva, tener salud y funcionamiento, relaciones sociales, actividades de ocio, recursos en el vecindario, adecuada circunstancia financiera e independencia. Además, describen que los dominios mejor evaluados de la calidad de vida usualmente incluyen: bienestar físico, competencia funcional, privacidad, autonomía, dignidad, actividad significativa, relaciones significativas y seguridad.

En el caso de la salud física y mental, un estudio realizado por García, Carbonell y Delgado (2010), confirman que la realización de actividad física, disminuye enfermedades tales como depresión y ansiedad, lo cual, contribuiría con un mejor estado de salud y calidad de vida.

Metodología

Diseño

El tipo de diseño utilizado fue de tipo ex post facto retrospectivo de grupo único, de tipo correlacional.

Participantes

150 adultos mayores (108 mujeres y 42 hombres), con edades que fluctúan entre 60 y 93 años (edad media: 70 años), pertenecientes a agrupaciones gubernamentales y no gubernamentales de la ciudad de Arica. La técnica de muestreo empleada fue de tipo no probabilístico, por disponibilidad.

Variabes

Variable dependiente

Calidad de Vida.

Variabes independientes

Bienestar psicológico

Apoyo Social

Estado Físico y Mental

Hipótesis

H1: El bienestar psicológico se correlacionará positiva y de manera estadísticamente significativa con calidad de vida.

H2: El apoyo social se correlacionará positiva y de manera estadísticamente significativa con la calidad de vida.

H3: El estado físico y mental se correlacionará positiva y de manera estadísticamente significativa con calidad de vida.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of life): Instrumento diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar calidad de vida en adultos mayores. Consta de cuatro ítems agrupados en seis dominios, los cuales se puntúan con escala tipo Likert (1 a 5), un mayor puntaje representa una mayor calidad de vida. El instrumento consta de seis dimensiones: *Habilidades sensoriales*, se refiere al impedimento sensorial que afecta la vida diaria y el funcionamiento general; *Autonomía*, alude a la capacidad para tomar decisiones propias, sentirse en control del propio futuro y de hacer las cosas que se quiere; *Actividades del pasado, presente y futuro*, mide el grado de satisfacción con los logros pasados y futuros y con el reconocimiento de lo realizado; *Participación social*, hace referencia al grado de satisfacción en las actividades que participa; *Muerte y morir*, evalúa el grado de preocupación hacia la muerte; *Intimidad*, es la oportunidad de amar y ser amado. Urzúa et al. (2011) reportaron una adecuada confiabilidad de la escala (.83).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, (versión adaptada por Van Dierendonck, 2004): En la versión adaptada se conservaron las seis sub-escalas originales: *Autoaceptación*, se relaciona con el hecho que las personas se sientan bien consigo mismas siendo conscientes de sus limitaciones; *Relaciones positivas*, se refiere a mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar; *Autonomía*, evalúa la capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales; *Dominio del entorno*, habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismo; *Propósito en la vida*, se requiere que la persona tenga metas claras y sea capaz de definir sus objetivos vitales; y *Crecimiento personal*, evalúa la capacidad del individuo para generar las

condiciones para desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona.

El total de ítems de la escala es 39 reactivos, su formato de respuesta está compuesto por puntuaciones tipo Likert que van de 1 a 6, donde 1=Totalmente en desacuerdo y 6=Totalmente de acuerdo. En cuanto a la confiabilidad de la escala, ésta presenta una consistencia interna total de .90 y en cada de las sub-escalas los valores fluctuaron entre .78 y .81 (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle, & Van Dierendonck, 2006).

Cuestionario de Apoyo Social Ducke-Unc-11 (Broadhead, Gehlbach, Degruy, & Kaplan, 1988): Instrumento utilizado para estudiar el apoyo social subjetivo. Se trata de un instrumento auto-administrado de 11 ítems que utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como lo deseo). El cuestionario evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido e incluye dos dimensiones: *Apoyo social confidencial*, por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o cuentan con personas con las que pueden compartir sus preocupaciones o problemas; y el *Apoyo social afectivo*, el cual se manifiesta en expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo.

La consistencia interna total de la escala fue de .89 y para las sub-escalas apoyo confidencial fue de .87 y apoyo afectivo de .74 (Cuellar & Dresch, 2012).

Cuestionario Genérico de Salud Física y Mental SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). El instrumento consta de ocho dimensiones; *Función física*, es el grado en el que la falta de salud, limita las actividades físicas en la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir las escaleras, y realizar esfuerzos moderados; *Rol físico*, es el grado

en el que la falta de salud, interfieren en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado; *Dolor corporal*, medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades en el hogar; *Salud general*, hace referencia a la valoración personal en el estado de salud, que incluyen la situación actual y las perspectivas futuras y resistencia a enfermar; *Vitalidad*, es el sentimiento de energía, frente al cansancio y desanimo; *Función social*, es el grado en el que los problemas físicos y emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual; *Rol emocional*, evalúa el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo; y *Salud mental*, valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Cada dominio tiene varios ítems que en conjunto suman 36 y cada uno de los ítems tiene una escala de puntuación. En cuanto a su confiabilidad, un estudio realizado por Rodríguez, Merino y Castro (2009) demuestra una confiabilidad por sub-escala de: Función física .92, rol físico .82, dolor corporal .80, salud general .69, vitalidad .75, función social .50, rol emocional .89, salud mental .80.

Validación de Instrumentos

Una vez definidos los instrumentos más acordes con la investigación, fueron sometidos a Análisis Factorial con el objeto de conocer su confiabilidad y validez respectivamente.

Tabla N°1. Alpha de Cronbach de los cuestionarios WHOQOL-OLD, Bienestar Psicológico de Ryff, Apoyo Social Ducke-Unc-11 y Salud Física y Mental SF-36.

Análisis de Fiabilidad	
Cuestionario	Alpha de Cronbach
Calidad de Vida WHOQOL-OLD	0,823
Bienestar Psicológico de Ryff	0,868
Apoyo Social Ducke-Unc-11	0,840
Salud Física y Mental SF-36	0,894

Alpha de Cronbach

La tabla N°1 indica el coeficiente de fiabilidad para los cuatro cuestionarios aplicados a adultos mayores de la ciudad de Arica. Respeto a los cuatro instrumentos, se observan adecuados niveles de fiabilidad para cada uno de ellos, es decir, existe consistencia interna entre las dimensiones de cada instrumento y, por tanto, el margen de error de las puntuaciones es reducido.

Es importante mencionar que en el cuestionario WHOQOL-OLD se eliminaron las dimensiones de "muerte/morir" y "habilidades sensoriales" por no tener soporte estadístico para esta investigación.

Tabla N°2. Análisis de validez de los cuestionarios WHOQOL-OLD, Bienestar Psicológico de Ryff, Apoyo Social Ducke-Unc-11 y Salud Física y Mental SF-36.

sedes sociales, iglesias y centros de madres, donde se solicitaron nuevamente los permisos oportunos a los coordinadores de dichas agrupaciones. Al obtener respuestas satisfactorias y previa organización de reuniones con horarios y días fijos, se realizaron las aplicaciones de los instrumentos de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD), Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, Cuestionario de Apoyo Social Funcional Ducke-Unc-11, Cuestionario Genérico de Salud Física y Mental SF-36. A cada participante se le proporcionó un cuadernillo que contenía dichos instrumentos indicando que su participación sería de forma voluntaria y anónima. Luego, se dieron las instrucciones para responder los cuestionarios. Finalmente, se logró aplicar un total de 172 cuestionarios a adultos mayores, de los cuales 22 fueron desechados por incompletos, por lo que sólo quedaron 150 contestados adecuadamente.

Análisis de Validez	
Cuestionarios	% de varianza
Calidad de Vida WHOQOL-OLD	67%
Bienestar Psicológico de Ryff	62%
Apoyo Social Ducke-Unc-11	64%
Salud Física y Mental SF-36	87%

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Análisis Factorial

En la tabla N°2 indica el análisis de los cuestionarios utilizados en esta investigación validados mediante análisis factorial. En donde el primer factor de cada dimensión explica sobre un 60% de la varianza. Estos resultados coinciden con lo planteado por Zwick (1985), quien establece que si el primer factor de cada dimensión explica al menos un 40% de la varianza, el conjunto de reactivos es unidimensional, es decir todos los instrumentos miden realmente lo que dicen medir.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó el permiso correspondiente mediante una carta al director del SENAMA. Dicha autorización fue denegada, expresando que los números de contacto de las agrupaciones pertenecientes al Servicio Nacional del Adulto Mayor eran confidenciales.

Inmediatamente de esto, se decidió contactar personalmente a agrupaciones locales, tales como:

Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS 22. Lo primero que se realizó fue correlaciones entre reactivos para cerciorarnos de que cada uno de ellos tuviera relación con la dimensión medida. Luego, se realizaron análisis de fiabilidad y validez (análisis factorial) a cada uno de los cuestionarios y para finalizar se correlacionaron los datos dando respuesta a nuestras hipótesis, además de un análisis de regresión múltiple.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados de los análisis realizados, acordes a las hipótesis planteadas.

La tabla N°3 contiene los coeficientes de correlación entre la variable dependiente Calidad de vida y las variables independientes del estudio, Bienestar psicológico, Apoyo social y Salud física y mental.

	Calidad de Vida	
	Correlación de Pearson	Sig. (Bilateral)
Bienestar Psicológico	0,763**	0,000
Apoyo Social	0,431**	0,000
Salud Física y Mental	0,586**	0,000

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tabla N°3. Correlación de las variables Bienestar psicológico, Apoyo social y Salud física y mental con Calidad de vida.

En relación a la primera hipótesis planteada “El bienestar psicológico se correlacionará positiva y de manera estadísticamente significativa con calidad de vida”, el análisis de datos indica que existe una correlación positiva y significativa (0,763, $p < 0,001$).

Para la segunda hipótesis planteada “El apoyo social se correlacionará positiva y de manera estadísticamente significativa con calidad de vida”, los resultados evidencian que existe una correlación positiva y significativa (0,431, $p < 0,01$).

Finalmente, para la tercera hipótesis planteada “El estado físico y mental se correlacionará positiva y de manera estadísticamente significativa con calidad de vida”, el análisis de datos indica que existe una correlación significativa y positiva (0,586, $p < 0,01$).

Análisis de Regresión Múltiple

Al corroborar que las variables independientes, a saber, Bienestar psicológico, Apoyo social y Estado físico y mental, correlacionan positiva y de manera estadísticamente significativa con Calidad de vida, se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple para detectar el grado de varianza que éstas logran explicar en la variable dependiente, quedando excluido en el modelo final la variable "apoyo social", debido a su baja correlación parcial, es decir la varianza que explica, ya es explicada por las otras variables.

El modelo final es $\text{salud} = 0,656 + \text{bienestar psicológico} \times 168 = \text{calidad de vida}$ (coeficiente de regresión no estandarizados), lo anterior proporciona una correlación múltiple de 0,78. Este modelo tiene una $F = 115,88$ con una significación de 0,00.

Discusión y conclusión

Los adelantos económicos y sociales obtenidos por los países de América Latina durante la mitad

del siglo XX se manifestaron, entre otros aspectos, en una sostenida disminución de la mortalidad y la fecundidad, generando así un creciente aumento en la cantidad de población mayor.

Chile al igual que otros países en vías de desarrollo, atraviesa por dicho proceso (envejecimiento poblacional), por lo que resultaría útil y productivo instituir un modelo de envejecimiento positivo, lo cual implica nuevos desafíos en materia de políticas públicas, especialmente en el área de la salud, la previsión social y el ocio (Herrera & Kornfeld, 2008).

Es por esto, que cobra relevante importancia abordar el tema “calidad de vida” y qué variables son significativas a la hora de medir dicho constructo, pues los esfuerzos están dirigidos no sólo a que los adultos mayores vivan más, sino que también, en mejores condiciones físicas, sociales y mentales (Santesteban et al., 2009).

En base a lo anterior, la investigación realizada permitió observar la relación existente entre las variables independientes “Bienestar psicológico, Apoyo social y Estado de salud física y mental” con la variable dependiente “Calidad de vida”, en adultos mayores de la ciudad de Arica-Chile. A raíz de los resultados, podemos afirmar que cada una de las hipótesis planteadas en esta investigación se confirmaron mediante los análisis estadísticos correspondientes, los cuales se discutirán en detalle a continuación.

En relación a la primera hipótesis “Bienestar psicológico correlacionará de manera positiva y estadísticamente significativa con Calidad de vida”, el análisis de datos indicó que existe una relación entre dichas variables, afirmando la hipótesis de trabajo y rechazando la hipótesis nula. Este

resultado es consistente con diversos estudios que destacan la importancia del bienestar psicológico en la calidad de vida. Mella et al., 2004; Love et al., 2008, destacan que la relación encontrada entre percepción de salud y bienestar psicológico puede fundamentarse en que la salud constituye un estado global de bienestar y no únicamente una ausencia de enfermedades, y el hecho de percibirse como una persona funcional se asocia con una mejor calidad de vida, dentro de la cual la dimensión emocional tiene una relación directa con la salud. Además, se observó que las actitudes positivas tienen un efecto protector sobre la salud y la calidad de vida (Vivaldi & Barra, 2012).

Del mismo modo, en un estudio realizado por Urzúa et al. (2011) se concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores se relaciona directamente con el bienestar psicológico, entre otras variables. Y, en esta misma línea, investigadores hallaron que el bienestar psicológico es una de las variables más relevantes a la hora de medir calidad de vida en personas de avanzada edad (Browning & Thomas, 2013)

En relación a la segunda hipótesis “Apoyo social correlacionará de manera positiva y estadísticamente significativa con Calidad de vida”, se rechaza la hipótesis nula, debido a que se evidenciaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre ambas variables. Por lo que, afirmar que el apoyo social es una variable relacionada con calidad de vida, implica que los adultos mayores que cuenten con personas con las que puedan compartir sus problemas; y expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo, manifestarían una mejor calidad de vida. Esto se relaciona con el estudio nacional de Urzúa et. al (2011) quien afirma que contar con un soporte social podría aminorar las posibles situaciones estresantes relacionadas con el deterioro de sus capacidades, y, a su vez, coincide con un sinnúmero de investigaciones relacionadas, tales como, la de Herrera y Kornfeld (2008), Vivaldi y Barra (2012), Paredes (2010), Marín y García (2004), entre otros.

Respecto a la tercera hipótesis “Estado de salud física y mental correlacionará de manera positiva y estadísticamente significativa con Calidad de vida”, se rechaza la hipótesis nula, ya que se evidenció una correlación positiva y estadísticamente significativa entre estado de salud física y mental con calidad de vida. Es decir, mientras más alto sea el grado de salud física y mental percibido por el

adulto mayor, mayor será su calidad de vida. De manera general, y, como evidencia de esto, Weisser, Preuss y Predel (2009) destacan que el ejercicio físico incide positivamente sobre una gran cantidad de funciones físico/psico/sociales de las personas mayores. Además, indican dentro de los beneficios más importantes, la disminución de enfermedades cardiovasculares, la disminución del riesgo de caídas, el reforzamiento del sistema inmune, la conservación o incremento en las funciones cognitivas, el incremento en la funcionalidad física, la cual, a su vez, mejora la autoeficacia y autoestima. Del mismo modo, reportaron que disminuye la prevalencia de depresión, ansiedad y otras enfermedades mentales, favoreciendo la cohesión e integración social. Por lo que, finalmente, y tomando en cuenta esta evidencia, las prácticas físicas beneficiarían un mejor estado de salud y calidad de vida (García et. al., 2010).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, el acceso a la muestra fue muy complicado, ya que en algunas ocasiones se nos dificultó la autorización e información para convenir con agrupaciones relacionadas con el adulto mayor. Por su parte, y con relación a las personas que no pertenecían a organizaciones del adulto mayor, aquellas que aceptaron participar, presentaban factores que influían de manera negativa a la hora de la aplicación de los instrumentos, tales como, limitaciones físicas propias de la edad (ceguera y/o sordera) además de fatiga, lo cual impedía la fluidez en la aplicación de los instrumentos. Es por esto que el tamaño de la muestra constituye un logro, ya que según las limitaciones mencionadas, de igual forma se obtuvo un número importante de sujetos.

Es posible concluir de esta investigación que la calidad de vida sí está influenciada por las variables bienestar psicológico, apoyo social y estado de salud física y mental.

Finalmente, el gran desafío para los países en desarrollo, como es el caso de Chile, es mejorar la calidad de vida en este segmento de la población, y, con esto no nos referimos sólo a aumentar los años de vida de una persona, sino también a mejorar su bienestar y calidad de vida en general. De este modo, los resultados obtenidos en esta investigación constituyen un aporte, ya que sugieren a la sociedad, centros comunitarios y grupos gubernamentales el valor del adulto mayor. Así como también, futuras orientaciones sobre posibles líneas de intervención dirigida a mantener y/o mejorar tanto el bienestar psicológico como los métodos de apoyo social, y

por último, la salud psicológica y mental, junto al desarrollo y mejoramiento de su calidad de vida.

Referencias

- Arechabala, M. C., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 49-55.
- Avendaño, M., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N., & Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683-699.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, J.H., De Gruy, F.V., & Kaplan, B.H. (1988). The duke – UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Browning, C., & Thomas, S. (2013). Enhancing quality life in older people. Recuperado el 18 de mayo del 2014 desde: <http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/2013/february/browning/>.
- CELADE. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable? Recuperado el 10 de Agosto de 2014, desde: <http://innmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1355/1/cepal-chakiel.pdf>.
- Cuellar, I., & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK-11 en personas cuidadoras. *Ridep*, 34(1), 89-101.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Domínguez, T., Espín, A., & Bayorre, H. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 418-422.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Chavarriaga, L., Ordóñez, J., & Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31, 492-502.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Edición Pirámide.
- Flores, M., Colunga, C., González, M., Vega, M., Cervantes, G., Valle, M., & Cruz, M. (2013). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. *Revista Uarícha*, 10(21), 1-13.
- Gallardo-Peralta, L. P., López de Roda, A. B., Sánchez-Moreno, E., & Arias-Astray, A. (2014). Dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social y salud en personas mayores de Chile. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 187-197.
- García A., Carbonell A., & Delgado M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(40), 556-576.
- Herrera, M., Barros, C., & Fernández, M. (2011). Predictors of quality of life in old age: A multivariate study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 1(1), 121-139.
- Herrera, M. S., & Kornfeld, R. (2008). Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores de Chile. *Expansiva*, 121-136.
- Marín M., & García A. J. (2004). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *MAPFRE MEDEICINA*, 15(3), 177-185.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *PSYKHE*, 13(1), 79-89.
- Milagros, M. (2001). Envejecimiento y cambios psicológicos. *Revista Tiempo. El portal de la psicogerontología*. Recuperado el 12 de Julio de 2014 desde: <http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/cambios.htm>.
- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población Chilena de la Región del Maule. *Revista Universum*, 22(2), 177-193.
- Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Paredes, S. (2010). El bienestar psicológico del adulto mayor. Estudio realizado con los integrantes del grupo ceam de pifo. Recuperado el 12 de septiembre de 2015 desde: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/903/15/EL%20BIENESTAR%20PSICOLOGICO%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>
- Reyes, I., & Castillo, C. J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana Investigación Biomédica*, 30(3), 454-459.
- Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). Intervención psicológica en Adultos Mayores. *Psicol. Caribe*, 25, 246-258.
- Rojas, M. (2010). Pontificia Universidad Católica de Chile y Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA. Chile y sus mayores. Recuperado el 15 de Julio del 2014 desde: http://www.senama.cl/filesapp/Chileysusmayores_encuestascali-daddevida.pdf.
- Romero, E., Acosta, S., Carmona, I., Jaimes, A., Masco, M. M., Páez, A., & Vega, CH. (2010). Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia. *Revista Científica Biomédica*, 1(2), 190-198.
- Santiesteban, I., Pérez, M., Velázquez, N., & García, N. (2009). Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. Recuperado el 10 de Julio de 2014 desde: <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev1.htm>.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vidal, D., Zavala, M., Castro, M., Mora, O., & Mathiesen M. E. (2008). Calidad de vida en el adulto mayor: ámbito físico y relaciones sociales. *Cuadernos Médico Sociales*, 8(1), 5-12.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Quinceno, J., López, M., & Otalvaro, C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional, en pacientes diagnosticados con VIH/

SIDA. Universidad de San Buenaventura, Medellín Colombia.
Terapia Psicológica, 26(1), 125-132.

Vivaldi, F., & Barra, B. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores.
Terapia Psicológica, 30(2), 23-29.