

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PUCP

Apoyo social percibido y bienestar subjetivo
en adultos mayores en Casas de Reposo

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE BACHILLERA EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

Joanna Vives Salazar

ASESOR

Dora Herrera

2019

Resumen

La presente investigación tiene como propósito analizar la relación entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo en adultos mayores que viven en Casas de Reposo en Lima Metropolitana. Adicionalmente, se consideró relevante explorar los niveles de cada una de las variables mencionadas, así como precisar sus diferencias según algunas variables sociodemográficas. Asimismo, se identificaron las diferencias respecto al bienestar subjetivo, en función al internamiento voluntario o forzado, al tiempo de permanencia y las condiciones de calidad en las residencias. Participaron 71 adultos mayores institucionalizados entre 61 y 99 años. Se empleó la Escala multidimensional de apoyo social percibido (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), la Escala de Satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) y Escala de experiencias positivas y negativas (Diener et al., 2010), cuyas evidencias de validez y confiabilidad fueron aceptables. Los resultados evidencian la correlación positiva y directa entre las variables estudiadas. Igualmente, se comprobó un elevado nivel de apoyo social percibido y bienestar subjetivo. Se pudo constatar que existían diferencias significativas en ambas variables según el grado de instrucción de los participantes, siendo los valores más elevados en aquellos que alcanzaron una educación superior. En relación al bienestar subjetivo, esta variable tuvo niveles mayores en los participantes casados y en quienes calificaron como buena la calidad tanto de la atención y cuidado, como la infraestructura de la institución. Los resultados obtenidos, al sustentarse en datos empíricos, pueden ser considerados para futuras intervenciones en Casas de Reposo.

Palabras claves: Adulto mayor, Apoyo social, Bienestar subjetivo.

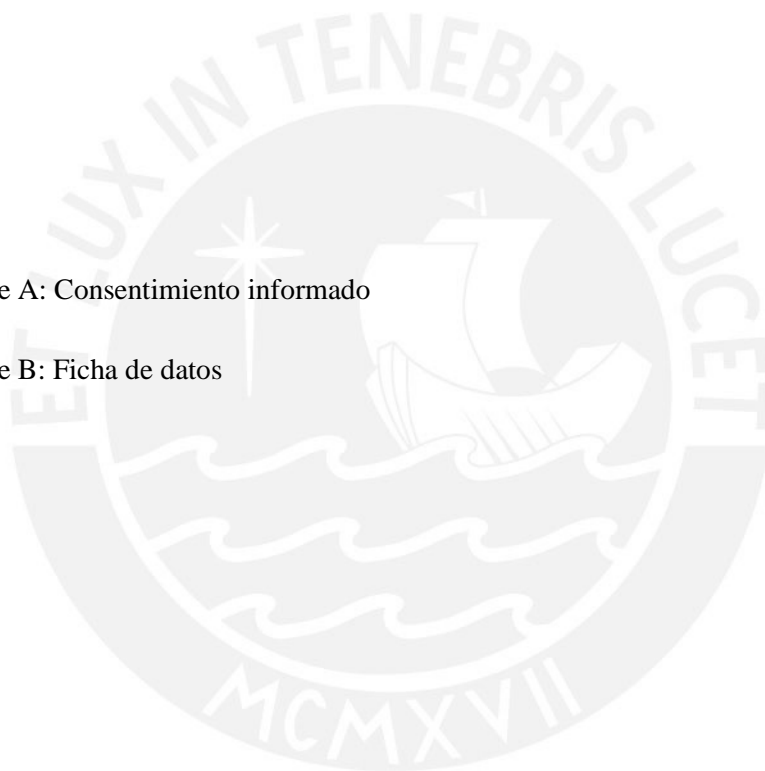
Abstract

The purpose of this research is to analyze the relationship between perceived social support and subjective well-being in older adults living in Nursing Homes in Metropolitan Lima. Further, it was considered relevant to explore the levels of each of the mentioned variables, as well as to specify their differences according to some sociodemographic variables. Likewise, differences regarding subjective well-being were identified, depending on voluntary or forced internment, the time of permanence and the quality conditions in the residences. The participants were 71 institutionalized older adults between 61 and 99 years old. It was used The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) and Scale of Positive and Negative Experiences (Diener et al., 2010), whose evidence of validity and reliability were acceptable. The results prove the positive and direct correlation between the variables studied. Also, a high level of perceived social support and subjective well-being was verified. It was found that there were significant differences in both variables according to the degree of instruction of the participants, the highest values being in those who achieved higher education. In relation to subjective well-being, this variable had higher levels in married participants and in those who rated the quality of the care and the institution's infrastructure as good.

Keywords: Older adults, Social Support, Subjective well-being.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	13
Procedimiento	17
Análisis de datos	17
Resultados	19
Discusión	23
Apéndices	39
Apéndice A: Consentimiento informado	39
Apéndice B: Ficha de datos	40



Introducción

Desde diversas disciplinas, tales como Psicología, Sociología y Gerontología, entre otras, ha surgido interés por investigar distintos aspectos implicados en la población adulta mayor que incluye a las personas con más de 65 años. El propósito principal de dichos estudios se orienta a mejorar su calidad de vida (Alvarado, Chion, Rothschild & Vargas, 2007; Cardona-Arias, Giraldo & Maya, 2016; Quintero & González, 1997; Steptoe, Deaton & Stone, 2015). En esa misma línea, se propone que el presente estudio sea un recurso para que, a partir de los resultados, resulte empíricamente evidente la importancia de incrementar la calidad de vida de la población en mención.

La adultez mayor o vejez es la última etapa del ciclo vital del ser humano e implica diversos cambios físicos, psicológicos y sociales (Encinar, 2015; Florenzano, 1993; Laforest, 1991). Esta etapa ha sido percibida y explicada principalmente desde dos enfoques que se contraponen. Por un lado, basándose en el enfoque biológico y funcional, se ha caracterizado a la vejez como una etapa de limitaciones, declives y pérdidas. Por otro lado, partiendo del enfoque biopsicosocial, se ha planteado una visión de la vejez como una etapa en la cual las personas pueden desarrollarse de modo activo, saludable y positivo (Bravo, 2015; Engler & Peláez, 2002; Limón & Ortega, 2011).

Desde el enfoque biológico y funcional, el envejecimiento supone un descenso de las funciones propias del organismo (Gonzales, 2010). Así, por ejemplo, se indica que el funcionamiento del sistema nervioso central decae, evidenciándose en la reducción del peso cerebral y la aparición de placas seniles, lo cual ocasiona dificultades, especialmente en procesos de memoria. Asimismo, se generan un conjunto de fenómenos neuropsicológicos: disminución en la discriminación sensorial, en la velocidad motora y pérdida de las destrezas motoras finas (Fernández, 2016; Florenzano, 1993). Adicionalmente, se señala que la vejez implica inherentemente un descenso de las habilidades mentales y de la capacidad de aprendizaje de material nuevo (Bravo, 2015).

Desde el modelo biopsicosocial de la salud, se comprende al individuo como una totalidad, integrando lo físico y psicológico en el contexto sociocultural. Algunos autores resaltan que el funcionamiento del organismo puede variar en función del estilo de vida llevado con anterioridad y en la actualidad. En relación a ello, se pueden presentar posibilidades de permanecer saludable y en buenas condiciones durante la vejez (San Martín, 1994; Torres & Flores, 2018; Vu, Liu, Garside & Daviglus, 2009).

Así, en contraposición con lo señalado por el enfoque biológico, se ha demostrado que la plasticidad del organismo está presente en etapas avanzadas de la vida, por lo que

ciertos déficits o pérdidas pueden ser modificadas o compensadas (Fernández-Ballesteros, 1992; Gómez & Peña, 2013). La plasticidad cerebral puede reorganizar los circuitos neuronales como respuesta al envejecimiento neurológico y posibilitar el incremento en la actividad prefrontal, lo cual favorece la velocidad de sus procesos mentales y de razonamiento (Mogollón, 2014; Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

De igual modo, por ejemplo, en el caso de la variable inteligencia se puede observar ciertos contrastes. La inteligencia fluida es la capacidad instantánea de razonamiento que depende del estado de los sistemas fisiológicos y, durante la adultez mayor, presenta una tendencia a decaer. Sin embargo, la inteligencia cristalizada que depende del aprendizaje basado en la experiencia y entorno, no solo tiende a mantenerse estable, sino que incluso puede mejorar en edades avanzadas (Belsky, 1996; Boarini, Cerdá & Rocha, 2006). Esto se evidencia en los resultados del reciente estudio de Gómez y Peña (2013) realizado en México con 382 participantes entre 60 y 75 años.

En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores, considerando una perspectiva negativa de la vejez sustentada en el enfoque biológico, se ha señalado que esta tiende a disminuir, puesto que, al compararla con etapas anteriores, las personas mayores enfrentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y discapacidades, la muerte de familiares o amigos, y perciben cercanía de la propia muerte (Hambleton et al., 2005; Solomon, 1996). Por el contrario, Cardona-Arias y colaboradores (2016) en un estudio realizado en Colombia con 191 participantes entre 60 a 94 años, 50.3% mujeres y 49.7% varones, hallaron puntajes altos en su calidad de vida. Por los mencionados hallazgos, es posible resaltar que el deterioro de la calidad de vida no es inherente a la adultez mayor (Limón & Ortega, 2011).

Desde el enfoque biopsicosocial, se reconoce que la calidad de vida puede ser influida por la interacción entre las características individuales y el contexto (Azpiazu et al., 2002; García & González, 2000; Ramón, 2018). Así, el individuo y las experiencias adquiridas a lo largo de su vida, en correspondencia con su entorno sociocultural, pueden favorecer la autorrealización o, por el contrario, la desesperanza y marginación cuando la persona se encuentre en el periodo de adultez mayor (Vivaldi & Barra, 2012).

Entonces, mantener en la sociedad una perspectiva de la vejez basada en el enfoque biológico, propaga una concepción negativa de esta misma, dando lugar a estereotipos de los adultos mayores como personas con enfermedades y trastornos, no autónomas, sin capacidad de nuevos aprendizaje ni creatividad, de poca utilidad e improductivas (Bravo, 2015). Ello puede influir en las expectativas del adulto mayor, en su conducta y salud

mental, lográndose evidenciar una profecía de autocumplimiento (Cerquera, De La Fuente, Prada, Marín & Rubio, 2011; Fernández-Ballesteros, 2002; Levy, 2003). Por ejemplo, en España, un estudio con 55 participantes entre 54 y 89 años, constató que aquellos que mantenían su nivel de estereotipos negativos sobre la vejez, no mejoraron su rendimiento cognitivo tras un programa de psicoestimulación (Herrera, Montorio & Cabrera, 2010).

En ese sentido, según afirma Carbajo (2010), si un adulto mayor es expuesto a la idea de que no cuenta con la edad para desarrollar ciertas actividades o que de realizarlas, lo harían de manera incorrecta, seguramente ocurriría así, lo que podría fomentar inactividad, pasividad y aislamiento, limitándose capacidades y posibilidades. Adicionalmente, Del Risco (2007) señala que el estigma de ser de poca utilidad, priva a los adultos mayores de ser integrados en la sociedad, generando sensaciones de soledad que afectarían su bienestar y motivación. Asimismo, Huenchuan, Rodríguez-Piñero y Stang (2010) añaden que esta percepción negativa del adulto mayor puede generarle una baja autoestima, dificultades en el desarrollo de sus relaciones interpersonales, pérdida de roles sociales y de redes de apoyo, entre otros.

Si bien aún persisten los estereotipos negativos acerca de la vejez, progresivamente se han ido aminorando para privilegiar una concepción más positiva, un envejecimiento “exitoso” u “óptimo” (Aguerre & Bouffard, 2008; Boone & Wink, 2006; Papalia et al., 2012). Este envejecimiento, según Vivaldi y Barra (2012), implica contar con la capacidad de integrarse y desenvolverse eficazmente en su contexto social, logrando superar las barreras culturales que impiden el desarrollo de su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar. Para lograr este envejecimiento positivo, resulta importante el apoyo social, dado que influye en la percepción de su calidad de vida (Rondón, Aguirre & García, 2018).

El apoyo social se define como la ayuda que proviene de una determinada red social (Fernández-Ballesteros, 1992; González, Pineda & Gaxiola, 2018). Se han distinguido tres funciones del apoyo: 1) emocional, que implica aspectos como la intimidad, escucha, expresión de estima, cuidado, preocupación y comprensión; 2) instrumental, que se refiere a la asistencia material o ayuda en forma de recursos o servicios; 3) informativa, que alude a la disposición para brindar consejos o información pertinente a la situación (Barra, 2004; Del Risco, 2007; Espinosa, 2016). Al respecto, Flores (2017) señala que estos tres tipos de funciones son provistos por las redes familiares, de amigos y comunitarias.

El apoyo social puede ser conceptualizado desde dos perspectivas: cuantitativa-estructural y cualitativa-funcional. La primera se centra en la cantidad de vínculos o relaciones que el individuo establece con su red social. Esta perspectiva corresponde al

apoyo social recibido. La segunda se enfoca en la presencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que el individuo realiza sobre la adecuación del apoyo que recibe. Tal perspectiva concierne al apoyo social percibido (Barra, 2004; Escobar, Puga & Martín, 2008; Hofer & Sliwinski, 2006).

Por un lado, el apoyo social recibido se refiere a la cantidad de miembros de la red social que brindan de modo efectivo su apoyo, cumpliendo como mínimo una de las funciones del apoyo social (Barrera, 1986). Este apoyo, de acuerdo a Sarason (1990), varía en función de la situación. Así, cuando se puede prever algún cambio, como la pérdida de un ser querido por enfermedad, las personas tienden a prepararse y recibir mayor soporte de sus redes sociales. Por el contrario, cuando los cambios son imprevistos, se suele recepcionar una menor cantidad y calidad de soporte, dado que aquellos que lo brindan también se ven desconcertados, por lo que pueden tener ciertas dificultades para responder o ayudar con de manera efectiva.

Por otro lado, el apoyo social percibido implica la valoración cognitiva de estar conectado con otros de manera fiable y de contar con ellos en una situación en particular (Barrera, 1986). Según lo planteado por Huenchuan, Guzmán y Montes (2003), el soporte social percibido parece no encontrarse en relación a la extensión de las redes de soporte. Dichos autores señalan que las personas pueden evidenciar altos niveles de soporte social percibido a pesar de no ser miembros de una red social extensa. Por otra parte, aquellas personas quienes son miembros de una amplia red social, pueden no sentirse apoyados por los miembros de la misma.

Entonces, en relación a lo anterior, la valoración de contar con redes de soporte puede no verse afectada a pesar de una disminución de redes sociales, la cual se supone ocurre en la adultez mayor. En esta etapa, según lo señala Del Risco (2007), la presencia y apoyo de otro resulta crucial para evitar sentimientos de soledad y tendencias de aislamiento, ello le permitirá permanecer con un rol activo dentro del entorno. Además, la disponibilidad de redes sociales que ofrecen soporte le brindará sensaciones de seguridad, lo cual le permite incrementar su bienestar.

A partir de las investigaciones, se ha marcado un consenso sobre la incidencia positiva de las redes sociales suficientes en la salud física, el estado funcional (Huenchuan et al., 2003; Krause, 1997; Unger, Mc Avay, Bruce, Berkman & Seeman, 1999) y el desarrollo de actividades de la vida cotidiana de los adultos mayores (Durán, Orbegoz, Uribe-Rodríguez & Uribe, 2008; Mendes et al., 1999). Por otro lado, se ha reportado que el

apoyo social asociado a la satisfacción de las necesidades de afecto y de afiliación, puede influir en el estado emocional de los adultos mayores (Flecha, 2015).

Si bien pueden mediar aspectos temporales y situacionales, tal como la necesidad real del apoyo, la evidencia empírica revela que el apoyo social percibido posee mayor impacto en la salud física y psicológica que el apoyo social recibido (Arechabala & Miranda, 2002; Barra, 2004; Helgeson, 1993; Norris & Kaniasty, 1996; Wethington & Kessler, 1986). En base a tales investigaciones, el presente estudio se centrará en la variable de apoyo social percibido.

El apoyo social percibido resulta relevante porque la evidencia sustenta la relación positiva de esta variable con el bienestar subjetivo (Mella et al., 2004; Von Humboldt & Leal, 2014). Se ha observado que este apoyo social permite reforzar estrategias de afrontamiento (Espinoza, 2016; Vega & González, 2009) y es un elemento moderador de los efectos negativos de estrés contribuyendo así al bienestar subjetivo (Fernández, Clúa, Báez & Ramírez, 2000; Pinazo, 2005; Rondón et al., 2018).

Así, por ejemplo, Vera, Sotelo y Domínguez (2005) realizaron un estudio en México, con el objetivo de analizar la variabilidad del bienestar subjetivo en función de las estrategias de afrontamiento y apoyo social percibido. La muestra consistía de 160 adultos mayores, 50% varones y 50% mujeres, con edades de 60 a 90 años. Los resultados indicaron que aquellos que cuentan con un estilo de afrontamiento directo-revalorativo y poseen mayor percepción de apoyo social, reportan mayores niveles de bienestar subjetivo.

Por el contrario, la falta de redes y soporte social puede conducir a las personas al deterioro de su salud mental, pues es un factor que predispone al estrés (Avendaño, Bustos, Espinoza, García & Pierart, 2009; Chong, 2012). Asimismo, puede incidir en la aparición de síntomas depresivos, tanto en adultos mayores que viven en sus hogares (Antonucci, Fuhrer & Dartigues, 1997; Chou & Chi, 2001; Forsell & Winblad, 1999; Peirce, Frone, Russell, Cooper & Mudar, 2000; Vanderhorst & McLaren, 2005) como en quienes viven en residencias para mayores (Aranda, Pando, Flores & García, 2001; Doyle, 1995; Estrada et al., 2013).

En definitiva, el disponer de relaciones sociales valoradas como satisfactorias es uno de los aspectos más relevantes para la mejora de la calidad de vida en la vejez (Arias & Scolni, 2005; Batista & Jocik, 2010; Krause, 1997). Tal como lo señalan Hicks, Epperly y Barnes (2001), la evaluación subjetiva que el individuo realiza de sus recursos, siendo uno de estos el apoyo social, resulta un importante factor predictor del bienestar.

El bienestar ha sido estudiado a partir de dos perspectivas: eudaimónica y hedónica. La tradición eudaimónica considera la experiencia de bienestar como un proceso que se dirige al logro una sensación vital que permite el desarrollo de potencialidades, vivir plenamente y concentrarse en las acciones placenteras (Vásquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009; Villar, Triadó, Solé & Osuna, 2003). En este contexto, se plantea el término de bienestar psicológico, el cual se centra en el desarrollo de capacidades y el crecimiento personal, ambos concebidos como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006). Considerando estos supuestos, Ryff (1989) propuso un modelo multidimensional del bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con otros, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal.

Este constructo psicológico ha sido estudiado en población adulta mayor en Chile por Vivaldi y Barra (2012). Estos autores hallaron diferencias del bienestar psicológico según el género y estado civil. En específico, sus resultados indicaron mayores niveles de bienestar en los hombres y en aquellos que contaban con una pareja.

La tradición hedónica, por otro lado, comprendió el bienestar como un indicador de la calidad de vida; se basa en la interacción entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción percibido por las personas (Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Desde esta perspectiva, se emplea el término de bienestar subjetivo, este puede ser definido como la percepción continua de un individuo de su vida como buena y agradable (Myers, 1992). De acuerdo a Diener (2000), dicho término alude a las conclusiones cognitivas y afectivas que obtienen las personas tras evaluar su existencia.

Partiendo de ello, el bienestar subjetivo es un constructo psicológico que comprende específicamente dos componentes: afectivo y cognitivo. El primero se refiere al estado emocional de la persona, al balance global entre los afectos positivos y negativos producto de una experiencia inmediata, y engloba el término de felicidad. El otro, componente cognitivo, alude a la valoración o juicio que otorga la persona sobre los diferentes dominios de su vida a lo largo de su trayectoria evolutiva, y que abarca el concepto de satisfacción con la vida (Del Risco, 2007; Díaz et al., 2006; Diener & Lucas, 1999; Diener, Lucas & Suh, 1996).

De acuerdo a Quintero y González (1997), diversos estudios han evidenciado que el bienestar subjetivo no desciende a mayor edad, y que incluso puede permanecer relativamente independiente de las circunstancias objetivas que acontece la vida del adulto mayor y de su estado de salud. De similar modo, Batista y Jocik (2010) expresan que el

bienestar subjetivo no necesariamente declina con la edad y que esto revela una tendencia contraria a las concepciones socioculturales negativas que asocian el incremento de los años con el detrimento de la felicidad. Estos autores postulan que ello se debe a que las personas con el transcurrir de los años logran adaptarse mejor a las nuevas circunstancias y pueden reajustar sus objetivos según sus posibilidades.

Realizando un análisis metaanalítico a partir de diversos estudios internacionales, Diener y Suh (1998) concluyeron que no se hallan diferencias significativas en el bienestar subjetivo según la edad de las personas. Más allá de la edad, de acuerdo a Diener, Kesebir y Lucas (2008), es posible identificar y sistematizar variables o factores que faciliten y promueven condiciones para alcanzar un bienestar subjetivo adecuado, siendo este un elemento fundamental para el logro de un envejecimiento positivo.

Según lo señalado por Von Humboldt y Leal (2014) tras una revisión sistemática de la literatura, el bienestar subjetivo en la adultez mayor se ha encontrado relacionado con diferentes características sociodemográficas. Así, un menor nivel educativo y menores ingresos se asociaron a menores niveles de bienestar, en tanto que el estado civil casado, con mayor bienestar. Otras variables relacionadas con este constructo corresponden a percepción de salud, voluntariado, actividad física y religiosidad subjetiva. Además, se hallan asociadas las variables psicológicas, como la autoestima, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y rasgos de la personalidad. En cuanto a esta última, por ejemplo, el neuroticismo se asocia negativamente con el bienestar subjetivo, mientras que la extraversión de manera positiva.

Asimismo, un factor relacionado al bienestar es el contexto de los adultos mayores. Se reconoce que esta población tiende a enfrentarse a múltiples circunstancias típicas de su edad, como jubilación, viudez e institucionalización, entre otras (Mella et. al 2004; Papalia et al., 2012). En cuanto al último mencionado, el deterioro de la salud y la falta de apoyo familiar y social son elementos que conducen con mayor probabilidad al ingreso a un centro residencial para adultos mayores (Arias et al., 2013; Bazo, 1991; Cardona-Arango et al., 2010).

La incorporación del adulto mayor a una residencia implica un cambio importante que impacta en su vida diaria (Guevara-Peña, 2016), ya que puede ser un factor de mayor estrés (Buendía & Riquelme, 1997; Stefani & Feldberg, 2006). Asimismo, en diversos estudios comparativos entre adultos mayores que viven en su comunidad y aquellos institucionalizados, se concuerda en la presencia de mayores índices de trastornos afectivos

y de manifestaciones depresivas en la última población mencionada (Gómez, 2007; Livingstone, Hawkins, Graham, Blizard & Mann, 1990).

Además de lo mencionado, el cambio de vivienda puede suponer otros aspectos negativos. Según la Teoría del Interiorismo Biográfico (Rowles, 1990), el hogar del adulto mayor adquiere connotaciones que subjetivamente va más allá de la realidad del mero espacio físico, puesto que está impregnado de recuerdos y emociones, los cuales pueden actuar como testimonio vivo en el que se encuentran aquellos objetos y posesiones que lo vinculan con su pasado. Por lo tanto, el ingreso en el ámbito residencial puede suponer una ruptura con la identidad del adulto mayor y renuncia a aspectos significativos de su vida (Buendía & Riquelme, 1997; Rivadeneira & Valenzuela, 2014).

De igual manera, de acuerdo a O'Bryant (1983), el hogar es un marco que incrementa la sensación de competencia personal para los adultos mayores. La estructuración del hogar en donde se conoce la disposición de los objetos y la configuración de los espacios, actúa generalmente como un elemento de apoyo que permite conservar el control entre quienes poseen dificultades para el mantenimiento de la autonomía. Como consecuencia, puede afirmarse que el ingreso a una residencia puede acarrear una desorientación espacial y temporal (Encinar, 2015).

Sin embargo, el centro residencial puede ser un entorno favorable dependiendo de la adaptación del adulto mayor. De ese modo, elementos como la oportunidad de tomar decisiones y ejercer cierto control en sus acciones son considerados esenciales entre los adultos mayores residentes (Braga, 2013; Papalia et al., 2012). Al respecto, Philippe y Vallerand (2008) realizaron un estudio en Canadá con 83 residentes en casas de reposo con 65 y 96 años. Aquellos que se encontraban en residencias que apoyaban su autonomía, se mostraron un incremento en la motivación autodeterminada y en la tendencia a realizar actividades cotidianas diversas; también se observó que dichas variables motivacionales se relacionaron con el bienestar y ajuste psicológico.

Asimismo, el apoyo social resulta una variable importante a considerar. Ello se debe a que existe evidencia empírica que sustenta que el mantenimiento de relaciones interpersonales y niveles adecuados de apoyo social se relaciona con el ajuste al entorno residencial de los adultos mayores (Braga, 2013; Kahn, 1979; Mullins & Dugan, 1990).

Cabe señalar que múltiples investigaciones constatan sobre la relación entre el bienestar subjetivo y apoyo social percibido en adultos mayores que residen en Casas de Reposo. Por ejemplo, Salgado, Noa, Matos, Cardero y Castillo (2016), en Cuba, realizaron un estudio transversal en 10 adultos mayores institucionalizados, con un rango de edad de

69 y 89 años. El objetivo fue evaluar los factores biopsicosociales que influyen en su bienestar subjetivo. Los resultados encontrados indicaron que las enfermedades crónicas no transmisibles, la ausencia de pareja y de apoyo social son factores que inciden en el bienestar subjetivo de los adultos mayores.

Adicionalmente, en España, se llevó a cabo un estudio cualitativo por Flecha (2015). Los objetivos de la investigación se orientaban al análisis del bienestar subjetivo en relación a las variables sociodemográficas de edad, género, nivel de instrucción y tiempo de permanencia en la residencia; también, identificar otros factores asociados. La muestra estaba conformada por 66 adultos mayores institucionalizados, con edades entre 68 y los 90 años, siendo 72.7% mujeres, y 27,2% hombres. Si bien los resultados no se pueden generalizar, debido al enfoque de la investigación, los hallazgos reportaron lo siguiente: las variables de edad, género y nivel de instrucción no se relacionan con el bienestar subjetivo, pero sí se encontraron diferencias en cuanto al tiempo de permanencia en la residencia. Cuando la estadía es inferior a un año se reporta ausencia de vínculos interpersonales cercanos con otros residentes, lo cual podría ocurrir por ser la etapa de adaptación al nuevo contexto. Por otro lado, se encontró que quienes ingresaron de manera no voluntaria, presentaban niveles más bajos de bienestar en contraste con aquellos que decidieron hacerlo voluntariamente. Además, los participantes que valoraron tener una red social más extensa, mayor frecuencia de contactos e involucramiento en las actividades organizadas por el centro residencial expresaban mayores niveles de bienestar.

Entonces, a partir de esta investigación, Flecha (2015), considerando que seleccionó a su muestra en base al buen funcionamiento cognitivo y capacidad para comunicarse, se concluyó que el contar con condiciones de salud funcional aceptable y buenas condiciones objetivas que integran la calidad de vida que ofrece el contexto residencial, puede permitir que los adultos mayores se desarrollen con niveles de bienestar equiparables a otros contextos. Asimismo, este autor añade que el clima de la entidad y la autonomía percibida para el ingreso del adulto a mayor son factores que pueden facilitar la satisfacción de necesidades vinculadas al bienestar subjetivo.

Contextualizando los hallazgos reportados a la realidad nacional en la que se desarrolló la actual investigación, resultar relevante considerar algunas datos y cifras. En el Perú, de acuerdo a la Ley de N° 28803 (2006), se considera adultos mayores a todas las personas con 60 o más años de edad. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018) reportó que la proporción de la población peruana adulta mayor ha incrementado del 5.7% en el año 1950 al 10.4% en el año 2018. Esto se debe a que la esperanza de vida al

nacer ha aumentado, y las tasas de fecundidad y mortalidad han descendido (Alvarado, Chion, Rothschild & Vargas, 2007; MIMP, 2013).

Según lo afirmado por el entonces denominado Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2008), ante el crecimiento de la población adulta mayor se incrementa la demanda de servicios de atención y cuidado, o de promoción de la salud para esta población específica. Como oferta para responder a esta demanda, se encuentran las Residencias de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores, las cuales son centros que brindan una atención continuada las 24 horas al día durante estancias prolongadas. En estas, los usuarios reciben cuidados especializados e integrales con miras de incentivar, mantener o recuperar habilidades físicas, psicológicas y sociales.

Estas residencias, también conocidas como casas de reposo, pueden instaurarse desde el sector público o privado, y están destinadas a adultos mayores independientes o semidependientes. Dichos centros deben contar con condiciones básicas de calidad para su funcionamiento y así asegurar una adecuada atención a los usuarios: estar formalizadas, dirigidas por un profesional de salud, apropiada gestión administrativa e infraestructura, adecuada dotación de personal profesional, técnico y de apoyo, evidencia de medidas encaminadas a potenciar la individualización en la atención y cuidado de la persona adulta mayor, materiales y equipos necesarios, entre otros. Sin embargo, en los últimos años, en el país, y específicamente en Lima y Callao, están proliferando residencias con fines de lucro y que no cuentan con aquellas condiciones mínimas necesarias (MIMDES, 2008).

Se cuenta con ciertas investigaciones acerca del bienestar subjetivo en relación al apoyo social en población peruana adulta mayor. Por ejemplo, Aranda y Vara (2006), centrándose en el componente cognitivo del bienestar subjetivo, realizaron un estudio con el objetivo de identificar factores asociados a la satisfacción con la vida en adultos mayores. Su muestra estaba compuesta por 122 personas mayores de 60 años, residentes en la ciudad de Lima, de los cuales 52,5% eran mujeres y 47,5%, varones. Se encontró que el apoyo social se asocia de manera directa con la satisfacción con la vida. Además, se halló mayor satisfacción en aquellos que viven con sus familiares en comparación con quienes viven en asilos.

En base a todo lo expuesto, la presente investigación, de tipo correlacional, se propone conocer el sentido e intensidad de la relación entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo en adultos mayores que viven en Casas de Reposo en Lima Metropolitana. Se espera encontrar una relación positiva y de alta intensidad entre las

variables en cuestión; con ello se ratificaría lo observado en investigaciones anteriores (Aranda & Vara, 2006; Flecha, 2015; Salgado et al., 2016).

Como objetivos específicos, en primer lugar, se propone identificar los niveles de apoyo social percibido y bienestar subjetivo en los adultos mayores institucionalizados. Por otro lado, se plantea explorar las diferencias del apoyo social percibido según las variables sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y nivel socioeconómico). Asimismo, se buscará indagar las diferencias de bienestar subjetivo según dichas variables sociodemográficas y también en función a la condición de ingreso a dichos centros (voluntaria o no), el tiempo de permanencia y las condiciones que ofrecen las residencias (calidad).

En base a la literatura revisada, se hipotetiza que la población estudiada puede contar con un alto apoyo social percibido y un elevado nivel de bienestar subjetivo (Castellano, 2014; Arraga & Sánchez, 2010). Se plantea también que no se hallará diferencias del apoyo y el bienestar según la edad y el género (Batista & Jocik, 2010; Flecha, 2015; Huenchuan et al., 2003; Vivaldi y Barra, 2012). Asimismo, se sugiere que se pueden presentar mayores niveles de apoyo social percibido y bienestar subjetivo en relación a un mayor nivel socioeconómico, grado de instrucción y estado civil casado (Vivaldi y Barra, 2012; Von Humboldt & Leal, 2014). En cuanto a las variables asociadas a las casas de reposos, quienes hayan tomado la decisión de ingresar de manera voluntaria, cuenten con un tiempo de permanencia mayor a un año y perciban contar con condiciones de calidad de las mismas, presentarán mayores niveles de bienestar subjetivo (Flecha, 2015).



Método

Participantes

La muestra está conformada por 71 adultos mayores, 35 mujeres y 36 varones, residentes en 11 casas de reposo del sector privado de los distritos de San Borja, Surco, San Martín de Porres, San Miguel, San Juan de Miraflores y Comas. Sus edades oscilan entre 61 años y 99 años (Me=79.7; DE=9.7). Respecto al grado de instrucción, el 5.6% cuenta con primaria incompleta, el 11.3% con primaria completa, el 7% con secundaria incompleta, el 40.8% con secundaria completa, el 1.4% con superior no universitaria completa, el 5.6 % con superior universitaria incompleta y el 28.2% con superior universitaria completa. Sobre el estado civil, el 29.6% es soltero(a), el 28.2% es casado(a), el 33.8% es viudo(a) y el 8.5% es divorciado(a). El nivel socioeconómico percibido para el 4.2% de los participantes es alto, para el 84.5% es medio y para el 11.3% es bajo.

Respecto a los datos relacionados a la casa de reposo, el 81,7% manifestó haber ingresado de manera voluntaria. El 56.34% contaba con 1 año a más de permanencia. Sobre la atención y el cuidado brindado, el 80.3% calificó como buena, el 14.1% como regular y el 5.6% como mala. Sobre los equipos y materiales, el 81.7% calificó como buena, el 15.5% como regular y 2.7% como mala. De similar manera, sobre la infraestructura, el 81.7% calificó como buena, el 16.9% como regular y 1.4% como mala.

Se estableció como criterio de inclusión que los adultos mayores cuenten con capacidades cognitivas para la resolución efectiva de los cuestionarios y como criterio de exclusión que no contaran con algún diagnóstico psiquiátrico. En cuanto a los aspectos éticos, se empleó el consentimiento informado, en el cual se precisó el objetivo de la investigación. Asimismo, se mencionó la confidencialidad y que la información recopilada es de uso estrictamente académico. Se resaltó que la participación es libre y voluntaria, teniendo como opción abstenerse a responder durante la aplicación de las pruebas, si así lo deseaban.

Medición

Ficha de datos. Esta ficha se empleó para obtener información de las características sociodemográficas de los participantes, tales como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y nivel socioeconómico percibido. Asimismo, se solicitó información relacionada al centro residencial; en específico sobre el carácter voluntario de ingreso, tiempo de permanencia y calificación de las condiciones de calidad institucionales. Según la literatura revisada, estas variables mencionadas se relacionan con el apoyo social percibido y

bienestar subjetivo de los adultos mayores residentes (Aranda & Vara, 2006; Flecha, 2015; Von Humboldt & Leal, 2014).

The multidimensional scale of perceived social support - MSPSS (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988; traducida y adaptada por Arechabala & Miranda, 2002). Este instrumento aborda la evaluación subjetiva o percepción de la adecuación del apoyo social proveniente de tres fuentes específicas: familia, amigos y otras personas significativas. Está compuesta por 12 ítems que se agrupan en 3 factores que corresponden a las tres fuentes de apoyo mencionadas. El formato de respuesta es de tipo Likert con 4 alternativas, siendo que 1 representa “casi nunca” y 4 “siempre o casi siempre”. Cuanto mayor es el puntaje obtenido, se estima mayor el apoyo social percibido (Zimet et al., 1988).

Las propiedades psicométricas fueron analizadas por Zimet y colegas (1988) en una muestra de 275 universitarios estadounidenses con edades entre 17 y 22 años. Las evidencias de validez de constructo se sustentaron en el análisis factorial exploratorio que extrajo tres componentes, cuyas cargas oscilan entre .81 y .84 en el primero, entre .79 y .86 en el segundo, y entre .74 y .92 en el tercero. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach revela una buena consistencia interna para la escala total ($\alpha=.88$) y para los factores familia ($\alpha=.87$), amigos ($\alpha=.85$) y otros significativos ($\alpha=.91$).

Por otro lado, en la versión traducida al español evaluada en una muestra de 76 adultos mayores con una edad promedio de 71.3 años ($DE=7.96$), la estructura factorial explicó el 59.2% de la varianza y obtuvo una buena confiabilidad para cada uno de los factores, dado que el coeficiente alfa de Cronbach reportó valores mayores a .86. (Arechabala & Miranda, 2002).

Considerando la población objetivo, Pinto, Lara, Espinoza y Montoya (2014) realizaron un estudio con 87 adultos mayores chilenos de una edad promedio de 74.95 años ($DE=6.18$). Para analizar la validez del constructo se realizó un análisis factorial exploratorio: la medida de adecuación muestral de KMO obtuvo un valor de .81, la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2= 941.19$; $p \leq .0001$) y los tres factores extraídos explican el 83.07 % de la varianza total. Sobre la confiabilidad, los resultados reportaron una adecuada consistencia interna de la escala según el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha =.86$), y de cada uno de los factores ($\alpha \geq .80$).

En el contexto peruano, Yupanqui (2016) realizó una investigación instrumental del MSPSS con una muestra de 291 adultos mayores de la ciudad de Trujillo, con edades entre

55 a 80 años. Según el coeficiente alfa de Cronbach, se reportó una alta confiabilidad para la escala total ($\alpha = .92$) y para los factores ($\alpha \geq .90$).

En el presente estudio, a través de un estudio piloto con 15 adultos mayores que asisten a un Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) se verificó la comprensión de los ítems del instrumento. Las evidencias de validez de constructo se sustentaron en el análisis factorial exploratorio. La medida de adecuación muestral de KMO obtuvo un valor de .82 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2=511.65$; $p \leq .001$). El análisis de componentes principales indicó la existencia de 3 factores, cuyas cargas oscilan entre .62 y .92 en el factor familia, entre .83 y .94 en el factor amigos, y entre .45 y .86 en el factor otros significativos. Los tres factores extraídos explican el 70.92% de la varianza total. Sobre la confiabilidad, se encontró una adecuada consistencia interna para la escala total ($\alpha = .88$) y para los factores familia ($\alpha = .84$), amigos ($\alpha = .93$) y otros significativos ($\alpha = .74$).

Satisfaction with life scale - SWLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; traducido por Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2000). Este instrumento evalúa el componente cognitivo del bienestar subjetivo que implica la valoración y satisfacción global de la persona frente a su vida. Consta de 5 ítems agrupados en un solo factor y cuyo formato de respuesta es de tipo Likert de 7 opciones, en el que 1 corresponde a “totalmente desacuerdo” y 7, “totalmente de acuerdo” (Diener et al., 1985).

Las propiedades psicométricas fueron evaluadas, en un primer estudio, por Diener y colaboradores (1985) en una muestra de 176 estudiantes estadounidenses. Se realizó un análisis factorial exploratorio que extrajo un factor, el cual explicaba el 66% de la varianza. Además, se analizó la confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach que obtuvo un valor de .87. Posteriormente, se desarrolló otro estudio con 53 adultos mayores, con una edad promedio de 75 años, los resultados reportaron igualmente una buena consistencia interna de la escala.

La versión traducida fue analizada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000) con 697 adolescentes españoles. El análisis factorial exploratorio mostró un único factor que explicaba el 53.7% de la varianza. En cuanto a la confiabilidad, los resultados indicaron una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de .82.

En cuanto al grupo de adultos mayores, en un estudio realizado por Schnettler, Lobos, Lapo, Adasme-Berríos y Hueche (2017), se analizaron las propiedades psicométricas de la prueba que mide satisfacción con la vida en una muestra de 817 adultos mayores ecuatorianos cuya edad promedio fue 73.7 años ($DE=7.4$). El análisis factorial

exploratorio reportó que los 5 ítems se agrupan en un factor que explica el 63.3% de la varianza. En el análisis factorial confirmatorio, se concluyó que la estructura unifactorial puede validarse en población adulta mayor con una bondad de ajuste aceptable (RMSEA = 0.070, GFI = 0.99, AGFI = 0.96). El análisis de confiabilidad indicó un buen nivel de consistencia interna ($\alpha = .84$).

En el Perú, esta escala ha sido utilizada por Martínez (2004) teniendo una muestra de 570 personas, con edades entre 16 a 65 años. El análisis factorial indicó un factor que explicaba el 57.63% de la varianza y se demostró su confiabilidad al hallarse una buena consistencia interna ($\alpha = .81$). De igual manera, en el estudio realizado por Del Risco (2007) en 43 adultos mayores con una edad promedio de 70 años, se demostró la confiabilidad de la prueba ($\alpha = .80$).

En el presente estudio, por medio de un estudio piloto con 15 adultos mayores asistentes a un Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) se verificó la comprensión de los ítems del instrumento. Las evidencias de validez de constructo se sustentaron en el análisis factorial exploratorio. La medida de adecuación muestral de KMO obtuvo un valor de .69 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2=98.75$; $p \leq .00$). La estructura unifactorial explica el 50.88% de la varianza total. Sobre la confiabilidad, se evidenció una adecuada consistencia interna ($\alpha = .74$).

Scale of Positive and Negative Experience (Diener et al., 2010; traducido por Cassaretto & Martínez, 2017). Este instrumento mide el componente afectivo del bienestar subjetivo, se refiere al balance entre el afecto positivo y negativo. Está conformada por 12 ítems, de los cuales seis evalúan experiencias positivas y seis negativas. El formato de respuesta es de tipo Likert de 1 a 5 opciones, en el cual 1 representa “muy raramente o nunca” y el 5 “muy a menudo o siempre”. El balance de afectos se calcula al restar el puntaje de afecto negativo del puntaje de afecto positivo (Diener et al., 2010).

Las propiedades psicométricas fueron evaluadas por Diener y colegas (2010) en una muestra de 689 universitarios de Estados Unidos y Singapur. El análisis factorial exploratorio se realizó para cada uno de los componentes afectivos de modo independiente. El componente afectivo positivo se agrupó en un solo factor que explicó el 61% de la varianza. En el caso del afecto negativo, también se agrupó en un factor y explicó el 53%. Esta escala, en general, mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha = .89$), así como el factor positivo ($\alpha = .87$) y negativo ($\alpha = .81$).

En el contexto peruano, Cassaretto y Martínez (2017) realizaron la traducción y validación de este instrumento en una muestra de 656 universitarios entre 17 y 30 años

(Me=20.4 años; DE=2.34). En el análisis factorial exploratorio, en la dimensión de afectividad positiva se encontró un solo factor con un 69.49% de varianza explicada y, en la negativa, un factor con un 61.56% de varianza explicada. Sobre la confiabilidad, los resultados indican una alta consistencia interna tanto para el factor positivo ($\alpha = .91$) y negativo ($\alpha = .87$).

En el presente estudio, el estudio piloto con 15 adultos mayores asistentes al CIAM permitió verificar la comprensión de los ítems del instrumento. Las evidencias de validez de constructo se sustentaron en el análisis factorial exploratorio. Para el factor positivo, la medida de adecuación muestral de KMO obtuvo un valor de .77 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($x^2=156.37$; $p \leq .00$). La estructura unifactorial explica el 53.51% de la varianza total. Asimismo, para el factor negativo, se obtuvo .71 en la prueba de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($x^2=80.58$; $p \leq .00$). En este factor, la estructura explica el 41.92 % de la varianza. En cuanto a la confiabilidad, se encontró una adecuada consistencia interna para los factores positivo ($\alpha = .82$) y negativo ($\alpha = .72$).

Procedimiento

Para la presente investigación, se estableció contacto con los directivos de los centros residenciales para adultos mayores de los distintos distritos de Lima Metropolitana, vía llamada telefónica y/o a través de una carta de presentación entregada presencialmente. Con aquellos que otorgaron su autorización, se coordinó las fechas de las visitas para la aplicación de los cuestionarios. Al visitar las instituciones, los directivos, según su juicio, presentaban a los posibles participantes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

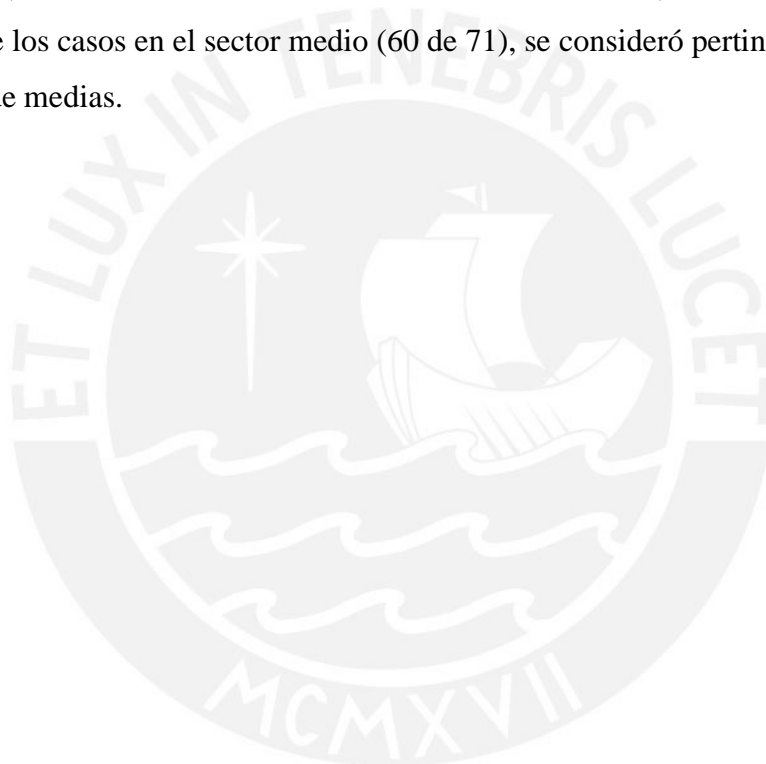
Tras un acercamiento directo con la población objetivo, se les invitó a participar voluntariamente y se procedió a leer con ellos mismos el consentimiento informado, expresando el objetivo de la investigación. Para el llenado de la ficha de datos y las respectivas escalas con los adultos mayores que accedieron, se leyó las preguntas y opciones de respuesta en voz alta. Una vez concluido el proceso de aplicación de los cuestionarios, se registró las respuestas a una base de datos y se analizaron dichos datos con los estadísticos necesarios y pertinentes.

Análisis de datos

Para los análisis estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 24. Para el análisis de la normalidad de la distribución de datos se utilizó la prueba de Kolmogorov- Smirnov. Al presentarse una distribución normal de los datos, se realizaron

los análisis estadísticos pertinentes para la descripción de las características de la muestra, y el cálculo de los puntajes de soporte social percibido, satisfacción con la vida y balance afectivo. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para verificar la asociación entre el soporte social percibido y los componentes del bienestar subjetivo.

Antes de realizar las comparaciones de medias, se segmentó la muestra en subgrupos que fueron los siguientes: en la variable edad entre 60 a 79 años y 80 a 99 años; y en el grado de instrucción en educación básica y educación superior. Para la variable tiempo de permanencia, se agrupó entre menos de 1 año y de 1 año a más. Tanto en la calidad de atención y cuidado, equipos e infraestructura, se agrupó entre buena y regular-mala. Finalmente, en el caso de la variable de nivel socioeconómico, dado la notable concentración de los casos en el sector medio (60 de 71), se consideró pertinente no realizar comparaciones de medias.



Resultados

A continuación, se presentarán los resultados de los objetivos planteados en base a los análisis estadísticos realizados. En cuanto al objetivo general, se encontró una correlación positiva y de mediana intensidad entre el apoyo social percibido y los dos componentes del bienestar subjetivo: la satisfacción con la vida y el balance afectivo (ver Tabla 1).

Tabla 1
Correlaciones entre las variables de estudio

	Satisfacción con la vida	Balance afectivo
Apoyo social percibido	,36**	,23*

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

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

En relación al objetivo específico 1, fue posible observar que, de acuerdo a los datos descriptivos, los adultos mayores cuentan con un elevado apoyo social percibido. El puntaje más alto obtenido es en relación a familia. Sobre el componente cognitivo del bienestar subjetivo, considerando las categorías planteadas por Diener y colaboradores (2010), observó que el grupo evaluado reporta un nivel ligeramente satisfecho. En el componente afectivo, los participantes presentan un buen balance afectivo, siendo mayor el afecto positivo (ver Tabla 2).

Tabla 2
Descriptivos de los puntajes totales de apoyo social percibido y bienestar subjetivo

Variables		Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Apoyo social percibido	Apoyo total	12	48	32.17	9.28
	Apoyo familiar	4	16	12.35	3.64
	Apoyo de amigos	4	16	8.32	4.35
	Apoyo de otros significativos	4	16	11.49	3.61
C. cognitivo del bienestar subjetivo	Satisfacción con la vida	7	35	23.08	6.64

C. afectivo del bienestar subjetivo	Balance afectivo	-11	24	10.01	8.42
	Afecto positivo	10	30	23.23	8.94
	Afecto negativo	6	25	13.21	4.8

En el objetivo específico 2, se presentan sólo diferencias significativas del apoyo social percibido según el grado de instrucción, a favor de aquellos con educación superior (ver Tabla 3).

Tabla 3

Comparaciones de medias del apoyo social percibido según variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas		n	M	DE	t	F	gl	p
Edad	De 60 a 79	34	32.29	8.83	.11		69	.46
	De 80 a 99	37	32.05	9.79				
Sexo	Mujer	35	32.94	9.78	.69		69	.25
	Hombre	36	31.42	8.84				
Grado de instrucción	Educación básica	46	29.72	9.01	-3.22*		69	.00
	Educación superior	25	36.68	8.14				
Estado civil	Soltero/a	21	33.19	8.68		2.78	3	.20
	Casado/a	20	32.05	9.45				
	Divorciado/a	6	38.5	8.31				
	Viudo/a	24	32.17	9.51				

En cuanto al objetivo específico 3, sobre el grado de instrucción, se encontraron diferencias significativas tanto en satisfacción con la vida como en balance afectivo, siendo mayor en educación superior en comparación con educación básica. En cuanto al estado civil, se presentaron diferencias significativas en el componente afectivo (ver Tabla 4). La prueba de Tukey determinó que dicha diferencia surge específicamente entre el estado casado y viudo ($p=.04$).

Tabla 4*Comparaciones de medias del bienestar subjetivo según variables sociodemográficas*

		Componente cognitivo						Componente afectivo						
		n	M	DE	t	F	gl	p	M	DE	t	F	gl	p
Edad	De 60 a 79	34	23.47	7.23	.47		59	.32	10.26	8.77	.23		69	.41
	De 80 a 99	37	22.73	6.13					9.78	9.21				
Sexo	Mujer	35	23.57	6.01	.61		59	.27	8.34	9.34	-1.57		69	.06
	Hombre	36	22.61	7.26					11.64	8.35				
Grado de instrucción	E. básica	46	21.91	6.53	-2.06*		59	.02	8	9.17	-2.69*		69	.00
	E. superior	25	25.24	6.43					13.72	7.31				
Estado civil	Soltero/a	21	22.9	7.26		.39	3	.76	10.38	7.1		2.78*	3	.04
	Casado/a	20	24.4	6.27					13.2	9.94				
	Divorciado/a	6	22.17	7.6					13.33	5.75				
	Viudo/a	24	22.38	6.41					6.21	9.16				

Por último, respecto al objetivo específico 4, sobre las condiciones de la calidad, en la variable de atención y cuidado se cuenta con diferencias significativas en satisfacción con la vida y balance afectivo, siendo mayor en quienes calificaron como buena. Sobre la calidad de la infraestructura, se presentan diferencias significativas en la satisfacción con la vida, siendo mayor en quienes la calificaron como buena en comparación con quienes la calificaron como regular o mala (ver Tabla 5).

Tabla 5*Comparaciones de medias del bienestar subjetivo según variables sobre la casa de reposo*

		Componente cognitivo						Componente afectivo					
		n	M	DE	t	gl	p	M	DE	t	gl	p	
Ingreso voluntario	Sí	58	23.03	6.88	-.13	69	.45	9.84	8.91	-.34	69	.37	
	No	13	23.31	5.71				10.77	9.4				

Tiempo de permanencia	Menos de 1 año	31	22.68	6.93	-.45	69	.33	8.71	9.17	-1.08	69	.14
	De 1 año a más	40	23.4	6.48				11.03	8.75			
Calidad de atención y cuidado	Buena	57	24.02	6.3	2.74*	69	.01	10.98	8.89	1.87*	69	.03
	Regular/Mala	14	19.29	6.84				6.07	8.31			
Calidad de equipos	Buena	58	23.19	6.59	.28	69	.39	9.83	9.33	-.37	69	.36
	Regular/Mala	13	22.62	7.11				10.85	7.2			
Calidad de infraestructura	Buena	58	23.72	6.51	1.74*	69	.04	10.59	8.8	1.14	69	.13
	Regular/Mala	13	20.23	6.78				7.46	9.48			



Discusión

Múltiples estudios previos han confirmado una correlación positiva y directa entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo de los adultos mayores (Aranda & Vara, 2006; Del Risco, 2007; Salgado et al., 2016). De igual modo, en la presente investigación, se logró evidenciar esta correlación, específicamente en la población adulta mayor residente en Casas de Reposo en Lima Metropolitana.

En ese sentido, una mayor percepción de un adecuado apoyo brindado por el entorno cercano de los adultos mayores institucionalizados estaría asociado a un mayor nivel de bienestar subjetivo de aquellos mismos. Esto permite resaltar la importancia del apoyo social en esta población para contribuir en el incremento de su bienestar subjetivo, favoreciendo la salud mental y calidad de vida de aquellos mismos (Marrero & Carballeira, 2010).

Por un lado, centrándonos en la variable de apoyo social percibido, en los estudios realizados por Alfonso, Soto y Santos (2016) en Cuba, y por Castellano (2014) en España, una gran mayoría de los adultos mayores participantes percibieron un alto apoyo social. Este resultado se refleja de manera similar en la presente investigación. Ello, según resalta el último autor mencionado, permite contraponerse a la imagen estereotipada que se posee hacia al adulto mayor como una persona con una escasa red de soporte y en situación de aislamiento social.

Sobre las fuentes del apoyo social percibido de los adultos mayores, se encontró que provienen primordialmente de sus familiares. Así, en el estudio de Del Risco (2007) y Aranda y Vara (2006) con población adulta mayor limeña, la familia resultó ser la fuente principal de apoyo emocional, cuidado, afecto y seguridad, puesto que constituye un importante mecanismo de atención y la opción preferida por esta misma. Tal como lo señalan Vivaldi y Barra (2012) y Cuadra-Peralta, Cáceres y Guerrero (2016), entre los apoyos brindados al adulto mayor, la familia es uno de los recursos de mayor beneficio, proporcionando atención y protección en los procesos físicos y psicológicos por los que atraviesan.

Considerando el lugar de residencia de la población estudiada, diversas investigaciones han reportado que los adultos mayores que viven en casas de reposo suelen contar con pocas relaciones sociales y, por ende, un bajo apoyo social percibido (Fernández-Ballesteros, 1998; Herrero & Gracia, 2005). Sin embargo, en el estudio de Esquivias (2015) con población española, no se encontraron diferencias del apoyo social

percibido entre los que viven en residencias para adultos mayores y en sus propios domicilios.

Si bien como consecuencia de la institucionalización, además de la viudez, y la muerte de familiares y amigos, se puede presentar una reducción de las relaciones sociales, esto podría no disminuir el apoyo social percibido. Acorde a lo postulado por Huenchuan y colegas (2003), las personas pueden evidenciar altos niveles de apoyo social percibido incluso sin ser miembros de una red social extensa. Entonces, a pesar de un deterioro de redes sociales, la valoración de contar con un adecuado apoyo social puede ser alto entre los adultos mayores, tal y como se está evidenciando en el presente estudio.

Existen diversas investigaciones que han evaluado las diferencias que se pueden presentar del apoyo social percibido según variables sociodemográficas. En los estudios de Arechabala y Miranda (2002), y Vivaldi y Barra (2012) con población adulta mayor chilena, no se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Este resultado es semejante a lo hallado en la presente investigación. Los últimos autores mencionados explicaron de que puede ser posible que la percepción de apoyo social no estaría influida por variables de género, sino por otras variables subjetivas como, por ejemplo, la apreciación de sus recursos de afrontamiento.

En el estudio realizado por De la Cruz-Sánchez, Feu y Vizúete-Carrizosa (2013) con población española, se encontró un mayor apoyo social percibido en aquellos adultos mayores que cuentan con un mayor nivel educativo. Esto concuerda con lo presentado en este estudio. No obstante, Baca (2017) en su investigación en la ciudad de Trujillo no obtuvo diferencias significativas en el apoyo social percibido según el grado de instrucción.

Sobre el estado civil, Vivaldi y Barra (2012) encontraron que los adultos mayores casados contaban con una mayor percepción del apoyo social que las personas sin pareja, ya sea solteras, separadas o viudas. En relación a ello, Pinguart y Sorensen (2001) afirman que los adultos mayores casados poseen un recurso importante de apoyo y validación de parte de sus parejas. Sin embargo, esto no se evidenció en el presente estudio.

Por otro lado, en cuanto a la variable de bienestar subjetivo, se puede afirmar que muchos de los adultos mayores que participaron en esta investigación cuentan con un adecuado nivel de bienestar subjetivo, tanto en el componente cognitivo como afectivo. Tal como lo señaló Ryff (1989), entre los adultos mayores se puede encontrar altas sensaciones de bienestar y pueden poseer un mejor equilibrio de afectos positivos y negativos.

En investigaciones recientes, resultados similares al anterior presentado fueron hallados por Arraga y Sánchez (2010) y Alvarado y Plaza (2014) con población adulta

mayor venezolana y chilena, respectivamente. Al respecto, Aranda y Vara (2006) precisan que los estudios realizados con dicha población permiten postular que, a pesar de las dificultades del envejecimiento, tales como el deterioro físico, los adultos mayores pueden no presentar un descenso en sus niveles de bienestar subjetivo.

De igual modo, Aranda y Vara (2006) y Batista y Jocik (2010) expresaron que las investigaciones que evidencian un alto nivel de bienestar subjetivo en los adultos mayores revela una tendencia contraria a las concepciones negativas que asocian el incremento de los años con el detrimento de la felicidad. Según lo que aquellos postulan, ello puede deberse a que con el transcurrir de los años se logra una mejor adaptación a las nuevas circunstancias y un reajuste de sus objetivos según sus posibilidades.

Respecto a las diferencias del bienestar subjetivo en función a las variables sociodemográficas. En este estudio no se hallaron diferencias significativas en el bienestar subjetivo de los adultos mayores participantes según el género. Ello se asemeja a lo reportado por Flecha (2015) con población española. Sin embargo, Vivaldi y Barra (2012) indican que la evidencia no es consistente, ya que existen algunos estudios en el que las mujeres reportan tanto menores como mayores niveles de bienestar.

Por su parte, Del Risco (2007) señala que en algunas investigaciones si bien no se presentaban diferencias cuantitativas entre hombres y mujeres, si había diferencias cualitativas que resultaron relevantes. De ese modo, mientras que los hombres acentuaban el status social como un aspecto importante para su satisfacción con la vida, las mujeres resaltaban las relaciones interpersonales.

En relación al grado de instrucción, en el estudio de Keyes, Michalec, Kobau y Zahran (2005), los adultos mayores con una educación secundaria o con un nivel educativo inferior reportaron una mayor frecuencia de insatisfacción y afectos negativos en comparación con quienes alcanzaron una educación superior. Ello resulta concordante con lo encontrado en el presente estudio.

Sobre el estado civil, se encontraron diferencias significativas en el componente afectivo, mas no en el cognitivo. Así, mientras que en el estudio de Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), los casados expresaron sentirse más felices que aquellos solteros, divorciados o viudos, en el de Del Risco (2007), los adultos mayores no presentaron diferencias significativas de su satisfacción con la vida en relación al estado civil. No obstante, en el análisis sistemático de literatura realizado por Von Humboldt y Leal (2014), se reportó que aquellos adultos mayores con el estado civil casado tienden a presentar un mayor bienestar subjetivo, considerando sus dos componentes, cognitivo y afectivo.

Teniendo en cuenta el lugar de residencia de los adultos mayores participantes, lo hallado en este estudio permite reflexionar y de algún modo discrepar con las diversas investigaciones en las que se asocia la institucionalización de esta población con estrés, manifestaciones depresivas y bajo nivel de satisfacción con la vida (Aranda y Vara 2006; Buendía & Riquelme, 1997; Gómez, 2007; Stefani & Feldberg, 2006). En relación a esto, Quintero y González (1997) señalan que el bienestar subjetivo puede encontrarse al margen de las circunstancias objetivas que acontece.

Sin embargo, Flecha (2015) postula que si los adultos mayores perciben que cuentan con buenas condiciones objetivas en lo que ofrece el contexto residencial, se puede favorecer el desarrollo de niveles de bienestar equiparables a otros contextos. Conforme a esto, se encontró que quienes calificaron como buena la calidad de la atención y cuidado integral poseen mayores niveles de bienestar subjetivo. Así mismo, quienes calificaron como buena la calidad de la infraestructura cuentan con mayores niveles de bienestar subjetivo, al menos en el componente cognitivo.

En conclusión, se puede señalar que la adultez mayor no implica necesariamente un detrimento del bienestar subjetivo y apoyo social. Contrastando estos hallazgos con la concepción negativa hacia esta población, es posible afirmar que se pueden presentar condiciones de un envejecimiento positivo u óptimo, incluso tras el ingreso a una casa de reposo, el cual puede suponer cambios sustanciales a la persona. En ese sentido, el estudio de las variables de apoyo social y bienestar subjetivo cobra especial importancia para evitar el estigma existente en relación a esta etapa de la vida.

Asimismo, de esta investigación se recalca la correlación evidenciada entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo en la población adulta mayor que vive en casas de reposo. Este tipo de apoyo resulta fundamental, puesto que puede incidir en el bienestar subjetivo de los adultos mayores, proporcionando experiencias gratas y recompensantes que contribuyen al fortalecimiento de su salud mental. De ese modo, tal como lo afirman Marrero y Carballeira, (2010), las personas que perciben mayor apoyo social pueden sentirse más satisfechas y ser menos vulnerables a la depresión.

Por otra parte, la evidencia hallada en esta investigación nos permite recalcar la importancia del rol de los profesionales y técnicos encargados de las casas de reposo. En particular, dicho rol debe favorecer el apoyo social y bienestar subjetivo de los adultos mayores que se encuentran a su servicio y, a su vez, brindar adecuadas condiciones, tales como una elevada calidad de la atención y adecuada infraestructura del centro residencial en el cual habitan los adultos mayores.

Como limitación de la presente investigación, considerando que los adultos mayores fueron seleccionados en función al adecuado funcionamiento cognitivo y a la posibilidad de comunicarse, resulta relevante señalar que la población participante cuenta con condiciones de salud funcional aceptable; ello puede influir en los resultados, así como sucedió en el estudio de Flecha (2015). Otra limitación resulta ser el reducido número de participantes y la ausencia de aleatoriedad; esto impide que los resultados puedan generalizarse.

Finalmente, para futuras investigaciones con población adulta mayor que residen en casas de reposo, en contexto limeño, aún queda pendiente explorar variables como estrategias de afrontamiento, resiliencia y autonomía, ya que pueden resultar relevantes para el bienestar subjetivo de dicha población. En específico, las estrategias de los adultos mayores para hacer frente y adaptarse a su nuevo contexto, y el hecho de que perciban que pueden tomar sus propias decisiones y ejercer cierto control en sus acciones pueden ser factores asociados a su bienestar subjetivo tras la institucionalización.



Referencias bibliográficas

- Acuña-Gurrola, M., & González-Celis-Rangel, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 71-81.
- Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 22, 1146-1162.
- Alfonso, L.; Soto, D. & Santos, N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1).
- Alvarado, J., Chion, T. J., Rothschild, M. & Vargas, J. R. (2007). Calidad de vida en el adulto mayor: principales factores de medición. Lima: CENTRUM.
- Alvarado, X. & Plaza, A. (2014). Bienestar subjetivo, calidad de vida y envejecimiento en Chile. *Debates sobre el bienestar y la felicidad*, 161-177.
- Antonucci, T. C., Fuhrer, R. & Dartigues, J. F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychology and Aging*, 12(1), 189-195.
- Aranda, C., Pando, M., Flores, M. E., & García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona*, 28(2), 69-74.
- Aranda, J. & Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de los adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 37-53.
- 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.
- Arias, C. & Scolni, M. (2005). Evaluación de la Calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata. En C. Miranda, *La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional*, (pp. 55-68). Mar del Plata: Suárez.
- Arias, C. (2008). El apoyo social en la vejez: alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. *Perspectivas en Psicología*, 5(2), 54-61.
- Arraga, M. V., & Sánchez, M. (2010). Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 12-18.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.

- Avendaño, C.; Bustos, P.; Espinoza, P.; García, F. & Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del Servicio de Psiquiatría de un Hospital Público. *Ciencia y Enfermería*. 15(2), 55-68.
- Azpiazu, M., Jentoft, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N. & Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 683-699.
- Baca, D. (2017). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(1), 107-124.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Batista, R. & Jocik, G. (2010). Bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Revista Multimed*, 14(3).
- Bazo, M. T. (1991). El estatus familiar y la salud, elementos clave en la institucionalización de las personas ancianas. *Revista de Gerontología*, 1(2), 53-60.
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento: Teorías, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Boone, J., & Wink, P. (2006). The Third Age: A rationale for research. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 26, 19-34.
- Boarini, M. N., Cerdá, E. P., & Rocha, S. (2006). La educación de los adultos mayores en TICs. Nuevas competencias para la sociedad de hoy. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*, (1).
- Braga, J. (2013). La calidad de vida de las personas mayores en los Centros Residenciales (Tesis de posgrado). Universidad de Oviedo, España.
- Bravo, O. (2015). *La vejez y el envejecimiento : estereotipos, cuidados y servicios brindados al adulto mayor*. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Fondo editorial.
- Buendía, J. & Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos: ¿solución o problema?. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud: perspectivas actuales* (pp. 233-246). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*. Russel Sage Foundation, New York: Wiley.

- Carbajo, M. C. (2010). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 87-96.
- Cardona-Arango, D., Estrada-Restrepo, A., Chavarriaga-Maya, L. M., Segura-Cardona, Á. M., Ordoñez-Molina, J., & Osorio-Gómez, J. J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Revista de salud pública*, 12, 414-424.
- Cardona-Arias J. A., Giraldo E. & Maya, M. A. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013, *Médicas UIS*, 29(1), 17-27.
- Cassaretto, M. & Martínez, P. (2017). Validación de las escalas de bienestar, de florecimiento y afectividad. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 19-31.
- Castellano, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Cerquera, A. M; De La Fuente, E.; Prada, E. L.; Marín, D. J. & Rubio, R. (2011). Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres en una comunidad de Bucaramanga, Santander, Colombia. En M. E. Flores, M. G. Vega y G. J. González (Coords.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 157-174). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*, 28(2), 79-86.
- Chou, K. L. & Chi, I. (2001). Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators?. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(2), 155-171.
- Cuadra-Peralta, A., Cáceres, E. F. M., & Guerrero, K. J. S. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 57-68.
- De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S., & Vizuite-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas psychologica*, 12(1), 31-40.

- Del Risco, P. M. (2007). Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Diener, E. (2000). Subjective well – being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health Benefits of Happiness*, 3(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, (pp. 213-227). New York: Russell Sage.
- Diener, E. & Suh, E. (1998). Subjective well-being and age: an international analysis. En K. W. Schaie y M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: vol. 17. Focus on emotion and adult development* (pp. 304-324). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Kesebir, P. & Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being for Societies and for Psychological Science. *Applied Psychology*, 57, 37-53. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00353.x>
- Diener, E., Lucas, R. E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 616.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y
- Doyle, C. (1995). Effect of staff turnover and the social environment on depressive symptoms in nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 7(1), 51- 61.

- Durán, D. M., Orbegoz, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F., & Uribe, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270.
- Encinar, M. (2015). La vejez y las residencias de ancianos. Una visión desde el Trabajo Social (Tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, España.
- Engler, T. & Peláez, M. (2002). *Más vale por viejo*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.
- Escobar, M. A., Puga, D. & Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 637-651.
- Espinosa, N. I. (2016). Uso de Facebook, soporte social y satisfacción con la vida en universitarios limeños (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Esquivias, M. V. (2015). Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez. Universidad Pontificia Comillas - Madrid.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J., & Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores. Caja de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *La psicología en España*, 2(1)57-65.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad. Envejecer bien. Qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, J. A. (2016). Guía de ejercicios de bajo impacto para mejorar la fuerza de brazos en los adultos mayores de 65 a 80 años y más de la asociación "Avanzamos" de la ciudad de Guayaquil (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Fernández, N., Clúa, A., Báez, R. & Ramírez, M. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General*, 16, 6-12.
- Flecha, A. (2015). Bienestar Psicológico Subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social*, (25), 319-341. doi:10.7179/PSRI_2015.25.14
- Florenzano, R. (1993). *En el camino de la vida: Estudios sobre el ciclo vital*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Flores, E. P. (2017). Percepción de la relación entre calidad de vida y apoyo social informal de adultos mayores institucionalizados, desde la perspectiva del personal de salud

- de una institución privada de la ciudad de Quito (Tesis de Licenciatura). Universidad de las Américas, Ecuador.
- Forsell, Y. & Winblad, B. (1999). Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(5), 368-372.
- García, V., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 586-592.
- Gómez, M., & Peña, J. (2013). Adultos Mayores. Un estudio socioeducativo en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 35(2), 64-90.
- Gómez, P. S. (2007). Prevalencia de depresión en pacientes nonagenarios institucionalizados. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (188), 189-196.
- Gonzales, J. (2010). Teorías del envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 1(11), 42-66.
- González, S.; Pineda, A. & Gaxiola, J. C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11.
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Revista Entramado*, 12(1), 138-151.
- Hambleton, I., Clarke, K., Broome, H., Fraser, H., Brathwaite, F., & Hennis, A. (2005). Historical and current predictors of self-reported health status among elderly persons in Barbados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 342-352.
- Herrera, S., Montorio, I., & Cabrera, I. (2010). Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(6), 339-342. doi:10.1016/j.regg.2010.07.008
- Herrero, J. & Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14(1), 41-50.
- Helgeson, V. (1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 825-845.
- Hicks, J., Epperly, L. & Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45, 15-30.

- Hofer, S. & Sliwinski, M. (2006). Design and analysis of longitudinal studies on. En J. Birrin y K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 15-37). San Diego: Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012101264-9/50005-7>
- Huenchuan, S., Guzmán, J. M. & Montes, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, (77), 35-70.
- Huenchuan, S., Rodríguez-Piñero, L. & Stang, F. (2010). Los derechos de las personas mayores, Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile: CELADE - CEPAL.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI, 2018). Situación de la Población Adulta Mayor. Enero-Febrero-Marzo 2018. Informe técnico N° 2. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. En M. W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death; interdisciplinary perspectives*. Boulder: Westview.
- Keyes, C. L, Michalec, B., Kobau, R. & Zahran, H. (2005). Social support and health-related quality of life among older adults - Missouri. *Morbidity and Mortality Report*, 54(17), 433-437.
- Krause, N. (1997). Anticipated support, received support, and economic stress among. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52, 284-293. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.6.P284>
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Levy, B. (2003) Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(4), 203–211.
- Ley N° 28803 (2006). Ley de las Personas Adultas Mayores. Recuperado de https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf
- Limón, M. R., & Ortega, M. D. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-238.
- Livingstone, G., Hawkins, A., Graham, N., Blizard, B., & Mann, A. (1990). The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychological medicine*, 20(1), 137-146.
- Martinez, P. (2004). Perspectiva Temporal Futura y Satisfacción con la Vida a lo largo del ciclo vital (Tesis posgrado). Universidad Autónoma de Barcelona, España.

- Marrero, R. J., & Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud mental*, 33(1), 39-46.
- Mella, R., González, L., D'apponio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89.
- Mendes, C. F.; Glass, T. A.; Beckett, L. A.; Seeman, T. E.; Evans, D. A. & Berkman, L.F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences*, 54(3), S162-S172.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES, 2008). Características básicas de calidad de las Residencias de Larga Estadía para Personas Adultas Mayores de Lima Metropolitana. Informe Final - Diciembre 2008. Recuperado de https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/documentos-estudios/estudio_caracteristicas_estadias_pam.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (MIMP, 2013). Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores. 2013-2017. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- Mogollón, E. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista Electrónica Educare*, 18(2), 1-17.
- Mullins, L. C., & Dugan, E. (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist*, 30(3), 377-384.
- Myers, D. (1992). *The Pursuit of Happiness: discovering the pathway to fulfillment, wellbeing and enduring personal joy*. New York: Harper Collins Publishers.
- Norris, F. & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.
- O'Bryant, S. L. (1983). The subjective value of "home" to older homeowners. *Journal of Housing for the Elderly*, 1(1), 29-43.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12va. ed.), (pp. 562-601). México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Peirce, R. S.; Frone, M. R.; Russell, M.; Cooper, M. L. & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression and alcohol use. *Health Psychology*, 19(1), 28-38.

- Philippe, F. L., & Vallerand, R. J. (2008). Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self determination theory in a natural setting. *Motivation and Emotion*, 32(2), 81–89. doi:10.1007/s11031-008-9087-z
- Pinazo, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En S. Pinazo y M. Sánchez, *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*, (pp.221-256). Madrid: Pearson.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56, 195-214.
- Pinto, C., Lara, R., Espinoza, E., & Montoya, P. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet en personas mayores de Atención Primaria de Salud. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 85-89.
- Quintero, G. & González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud : perspectivas actuales*, (pp. 129-145). Madrid : Biblioteca Nueva.
- Ramón, J. (2018). Introducción a la salud mental. En J. Ramón y G. Heinze (Eds.), *Salud mental y medicina psicológica* (3ra ed.). México D. F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Rivadeneira, M. S., & Valenzuela, M. D. C. (2014). La incidencia de la institucionalización en las formas de socialización de los adultos mayores de la residencia Santa Catalina Labouré en el periodo julio–diciembre del 2013 (Tesis de pregrado). Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador.
- Rondón, L. M., Aguirre, B. A., & García, F. J. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 55(5). 268-273. doi:10.1016/j.regg.2018.01.005
- Rowles, G. D. (1990). Un lugar llamado hogar. En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein, *Gerontología clínica: Intervención psicológica y social*. Barcelona: Pergamon Brooks Inc.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

- Salgado, M., Noa, M., Matos, D., Cardero, D., & Castillo, Y. (2016). Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados. *Medisan*, 20(10), 4045-4051.
- San Martín, H. (1994). *Salud y enfermedad* (5ta ed.). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Sarason, B. R. (1990). *Social support: an interactional view*. New York: John Wiley Sons.
- Schnettler, B., Lobos, G., Lapo, M. C., Adasme-Berrios, C., & Hueche, C. (2017). Satisfaction with life and food-related life in Ecuadorian older adults. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 76–83. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.769>.
- Seligman, M. (2013). *Flourish, a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Stefani, D., & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 22(2), 267-272.
- Steptoe, A., Deaton, A. & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*, 385, 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Torres, W. I., & Flores, M. M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología*, 36(1), 9-48. doi:10.18800/psico.201801.001
- Unger, J. B.; Mc Avay G.; Bruce, M. L.; Berkman, L. & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences*, 54(5), S245 251.
- Vanderhorst, R.K. & Mc Laren, S. (2005). Social relationship as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging and Mental Health*, 9(6), 517-525.
- Vega, O. M., & González, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, (16), 1-11.
- Vera, J. Á., Sotelo, T. I. & Domínguez, M. T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 57-78.
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. & Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptabilidad y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), 152-162.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.

- Von Humboldt, S., & Leal, I. (2014). ¿Qué influye en el Bienestar Subjetivo de los adultos mayores?: Una Revisión Sistemática de la Literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 219–230.
- Vu, T. H. T., Liu, K., Garside, D. B., & Daviglius, M. L. (2009). Unhealthy Lifestyle Practices in Older Age and Subsequent Health-related Quality of Life: The Chicago Heart Association Detection Project in Industry Study. *Circulation*, 120(18), S482-S483.
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5(1), 15-28.
- Wethington, E. & Kessler, R. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health Social Behavior*, 27, 78-89.
- Yupanqui, M. (2017). Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet en una población geriátrica de un centro de adulto mayor en Trujillo (Tesis de pregrado). Universidad Privada del Norte, Perú.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

Apéndices

Apéndice A: Consentimiento informado

El propósito de este documento es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol en ella.

La presente investigación es conducida por Joanna Vives, estudiante de la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica Perú. La meta de este estudio es conocer en los adultos mayores que viven en Casas de Reposo la percepción del apoyo que cuentan de su entorno y la valoración de su vida y sus afectos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unos cuestionarios, lo que le tomará 20 minutos de su tiempo. Su participación será voluntaria. La información que se recoja será anónima y estrictamente confidencial, y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Si tuviera alguna duda o consulta acerca de la investigación, puede ponerse en contacto con Dora Herrera, asesora del curso de Seminario de Tesis 1, al siguiente correo: diherrer@pucp.pe.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre adultos mayores en Casas de Reposo y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con Dora Herrera al correo diherrer@pucp.pe.

Nombre completo de/la participante	Firma	Fecha
------------------------------------	-------	-------

Nombre del investigador responsable	Firma	Fecha
-------------------------------------	-------	-------

Apéndice B: Ficha de datos

Les agradeceremos compartir con nosotros algunos datos individuales. La información que Uds. reporten sólo será usada para realizar un estudio. Se les garantiza confidencialidad.

¡Muchas gracias!

Institución a la que pertenece (Casa de reposo):

1. Edad				
2. Fecha de nacimiento				
3. Sexo				
4. Grado de instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa
	Superior no universitaria incompleta	Superior no universitaria completa	Superior universitaria incompleta	Superior universitaria completa
5. Estado civil	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a
6. ¿En qué nivel socioeconómico se ubicaría Ud?	Alto	Medio	Bajo	
7. ¿Decidió voluntariamente ingresar al centro residencial?	Sí	No		
8. Tiempo aproximado de permanencia en el centro residencial				
9. ¿Cómo calificaría la calidad de la atención y cuidado integral del centro residencial?	Buena	Regular	Mala	
10. ¿Cómo calificaría la calidad de los materiales y equipos (equipos médicos, silla de ruedas, camillas, equipos de recreación) del centro residencial?	Buena	Regular	Mala	
11. ¿Cómo calificaría la calidad de la infraestructura (espacio físico, mantenimiento y seguridad) del centro residencial?	Buena	Regular	Mala	