

ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA, RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL EN PANDEMIA

Older adults with chronic diseases: perception of quality of life, resilience and social support in pandemic

Caroline Gabriela Marín Cipriano*

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de Posgrado. Facultad de Psicología.
Lima-Perú.

<http://orcid.org/0000-0001-7299-9915>

Fecha de recepción: 8 de enero 2024

Fecha de aceptación: 13 de febrero 2024

Fecha de publicación: 26 de febrero de 2024

Resumen

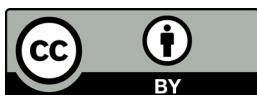
*Objetivo: establecer la correlación entre la percepción de la calidad de vida, la resiliencia y el apoyo social en adultos mayores que padecen de una enfermedad crónica de Cercado de Lima. **Materiales y métodos:** tuvo un diseño no experimental-transversal y tipo de estudio correlacional. Se realizó un censo, en una población de 57 adultos mayores de ambos sexos, con diagnóstico de alguna enfermedad crónica. Se utilizaron las pruebas estadísticas de Pearson y Spearman, principalmente. **Resultados:** se encontraron correlaciones significativas entre la calidad de vida y la resiliencia ($Rho=0.28$); también se asoció la dimensión de la resiliencia (aceptación de sí y de la vida) con el apoyo social ($Rho=0.26$) y con factores sociodemográficos como el sexo masculino, el tiempo de diagnóstico y no poseer cuidador. También, la resiliencia con el estado civil casado o conviviente y no olvidarse de tomar la medicación; además, se asoció el apoyo social y el número de hijos. **Conclusión:** los adultos mayores que perciben una adecuada calidad de vida, pese a que padecen de una enfermedad crónica, manifiestan una adecuada capacidad de resiliencia y perciben apoyo social de su entorno lo cual propicia el afronte de las situaciones adversas.*

Palabras clave: Calidad de Vida; Resiliencia; Apoyo Social; Adulto Mayor; Enfermedad Crónica (Fuente DeCS).

Abstract

*Objective: to establish the correlation between the perception of quality of life, resilience and social support in older adults who suffer from a chronic disease of Cercado de Lima. **Materials and methods:** it had a non-experimental-cross-sectional design and correlational type of study. A census was carried out in a population of 57 older adults of both sexes, with a diagnosis of a chronic disease. Pearson and Spearman statistical tests were mainly used. **Results:** significant correlations were found between quality of life and resilience ($Rho=0.28$); the dimension of resilience (acceptance of self and life) was also associated with social support ($Rho=0.26$) and with sociodemographic factors such as male sex, time of diagnosis and not having a caregiver. Also, resilience with married or cohabiting marital status and not forgetting to take medication; In addition, social support and the number of children were associated. **Conclusion:** older adults who perceive an adequate quality of life, despite suffering from a chronic illness, show an adequate capacity for resilience and perceive social support from their environment, which facilitates coping with adverse situations.*

Keywords: Quality of Life; Resilience; Social support; Elderly; Chronic Disease (Source DeCS).



Este es un artículo Open
Access publicado bajo la
licencia Creative Commons
Atribución 4.0 International.
(CC-BY 4.0)

* Psicóloga caroline.marin@unmsm.edu.pe

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la pandemia por Covid-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) indicó que los adultos mayores con enfermedades crónicas preexistentes son considerados una de las poblaciones vulnerables; puesto que, su condición agravaría las consecuencias de padecer dicha enfermedad. Asimismo, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2023a) las enfermedades crónicas padecidas por la población peruana son un problema de salud pública. Donde, el 85.9% de mujeres y el 75.1% de varones en la etapa de la vejez presentaron algún problema de salud crónica (tres puntos porcentuales por encima a comparación del año 2021); siendo el 79.9% de la población adulta mayor quienes padecen de alguna enfermedad crónica y residen en Lima Metropolitana (INEI, 2021; 2023b). Por ende, la necesidad de mejorar el apoyo social, las políticas de salud pública para fomentar una adecuada calidad de vida así como fortalecer características personales como la resiliencia, adquieren un valor preponderante en favor de los de la tercera edad.

Por una parte, la percepción de la persona sobre su vida considerando su contexto, objetivos, preocupaciones con respecto a su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y creencias personales, corresponden a la definición de la calidad de vida (OMS, 2002). Asimismo, está conformada por dos dimensiones: la salud física y la mental, cada una con diversos componentes que vuelven complejo su análisis (Ware & Sherbourne, 1992).

Y para alcanzar valores adecuados de la misma, se requiere posiblemente de la resiliencia y el apoyo social que percibe el adulto mayor. Puesto que, existen estudios que corroboran la asociación directa de estos tres factores; siendo que, a mayores niveles de calidad de vida existen mayores niveles de resiliencia y apoyo social (Soza, 2020; Zhang et al., 2017).

Por ende, una de las características de la personalidad que dota al ser humano de habilidades y recursos como adaptación, resistencia o equilibrio emocional y valentía que ayudan a modular el estrés y sus efectos negativos, es la resiliencia (Wagnild & Young, 1993). Así como también, contar con un soporte social, pues son las provisiones expresivas e

instrumentales por parte del entorno social próximo como la familia, la comunidad y las redes sociales (Musitu et al., 2015). Contribuirían de manera adecuada o inadecuada en la salud de la persona, dependiendo del aspecto funcional que poseen (Gil, 1999).

Por otro lado, si bien existen estudios sobre la calidad de vida, la resiliencia y el apoyo social, son pocos los que se enfocan en la población adulta mayor. Ya que, son asociadas en otros contextos como el educativo, el universitario y etapas de vida como la niñez, adolescencia y adultez (Díaz-Castillo et al., 2017). Siendo una población vulnerable que, entre el 2015 y 2050 el porcentaje de habitantes en el planeta se incrementará a un 22% (OMS, 2022). Además, aquellos adultos mayores que perciben su envejecimiento negativamente viven en promedio 7.5 años menos que aquellos que poseen una percepción positiva (OMS, 2016). Asimismo, el 42.2% de los hogares peruanos posee algún miembro de la familia de 60 años de edad a más y en Lima Metropolitana alcanza el 45.4%; el 27.8% del total de hogares son las cabezas de hogar y el 51.9% se encuentran en la Población Económicamente Activa (PEA). Estando de tres a cuatro puntos porcentuales por encima del año 2021 (INEI, 2021; 2023b). Por lo tanto, es conveniente conocer sobre quienes padecen enfermedades crónicas, discriminación, maltrato o poseen alguna discapacidad; es más, considerar factores sociodemográficos relevantes y poco estudiados contribuirá en la profundización de lo teórico. Orientando los resultados a la búsqueda del planteamiento de estrategias, programas y planes de intervención psicológica e interdisciplinaria sobre la salud del adulto mayor.

Finalmente, se tiene como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida, la resiliencia y el apoyo social en adultos mayores de Lima, que padecen de alguna enfermedad crónica.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño fue no experimental-transversal pues no existió manipulación de las variables y fueron recolectados los datos en un momento determinado. El tipo de estudio fue correlacional pues se asociaron la calidad de vida, la resiliencia y el apoyo social

(Hernández et al., 2014). Además, la población estuvo conformada por 57 adultos mayores, de 60 años a más, de ambos sexos, con alguna enfermedad crónica diagnosticada, que sabían leer y escribir, sin síntomas de Covid-19, que firmaron el consentimiento informado y pertenecían a la Urbanización de Palomino en Cercado de Lima. Se realizó un censo (Hernández et al., 2014).

La variable calidad de vida, es aquella percepción que posee la persona sobre su vida teniendo en cuenta el contexto, objetivos, preocupaciones, entre otros, con respecto a su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y creencias personales (OMS, 2002). Medida mediante el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud ((Short-Form, SF-36) (Salazar y Bernabé, 2012) y considerada como cuantitativa discreta de intervalo cuyos valores oscilaron de 36 a 148. Asimismo, la salud física, de 21 a 73 y la salud mental, de 14 a 84.

La variable resiliencia es una característica de la personalidad que modula el estrés y sus efectos negativos, teniendo en cuenta procesos como la adaptación, la resistencia o equilibrio emocional, y la valentía (Wagnild y Young, 1993). Esta fue medida con la escala de resiliencia (Castilla et al., 2014) y considerada como cuantitativa discreta de intervalo cuyos valores oscilaron entre 25 y 175. Además, la competencia personal, de 17 a 119 y aceptación de uno mismo y de la vida, de 8 a 56.

Y la variable apoyo social es la percepción sobre las provisiones expresivas e instrumentales por parte de su entorno social próximo como personas de confianza (familia), comunidad y redes sociales (Musitu et al., 2015). Medida mediante la escala de apoyo social de Zimet (Yupanqui, 2016) y considerada como cuantitativa discreta de intervalo cuyos valores oscilaron entre 12 y 48. También, las dimensiones de familia, otros significativos y amigos, de 4 a 16.

Por otro lado, las variables sociodemográficas cualitativas dicotómicas nominales fueron sexo, sustenta el hogar, con quiénes vive, vivienda, discapacidad, posee un cuidador, alguna vez se ha sentido discriminado o le han faltado el respeto, toma medicación, fácil acceso a medicación, se olvida de tomar la medicación, toma la medicación a la hora

indicada, cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación, si se siente mal deja de tomar la medicación, participa en algún grupo, ha necesitado la ayuda de alguien para llenar los instrumentos. Cualitativas dicotómicas ordinales fueron número de enfermedades y tiempo de diagnóstico. Cualitativas politómicas ordinales, grado de instrucción y número de enfermedades. Cualitativas politómicas nominales, estado civil, situación laboral, enfermedad crónica, tiempo dedicado al cuidado, sistema de salud y religión. Y las variables cuantitativas discretas de razón, edad y número de hijos. Las cuales fueron medidas con una ficha sociodemográfica.

Por otra parte, se analizaron los datos mediante el programa estadístico SPSS v.20. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias, porcentajes, promedios aritméticos y desviaciones estándar, según la naturaleza de las variables. Además, para el análisis inferencial se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: Pearson, Spearman, ANOVA, Kruskal Wallis, t de student y U de Mann Whitney. Teniendo en cuenta el análisis de normalidad de las variables cuantitativas, mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Por último, los datos brindados por los participantes fueron protegidos teniendo en cuenta los principios éticos en investigación de la Asociación Americana de Psicología (APA) (American Psychological Association [APA], 2017) como contar con el consentimiento informado, respeto por la confidencialidad, la protección de datos, el respeto de la privacidad, la no discriminación, la libre participación y el respeto por la calidad de la investigación. Lo cual se contempla en la Declaración de Helsinki (Mazzanti, 2011) y el código de Ética del Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón (UNIFÉ, 2019).

RESULTADOS

Se halló que de los 57 adultos mayores, el 68.4% correspondió al sexo femenino, la media de la edad fue de 72.6 años, el 36.8% manifestaron tener grado de instrucción secundaria, el 45.6% son casados o convivientes, el promedio de número de hijos es de 3.4 y el 96.5% vivió con algún familiar.

Además, se evidenció que el 59.6% tiene hipertensión arterial, el 64.9% posee solo una enfermedad crónica, el 70.2% posee de seis años a más tiempo del diagnóstico, el 50.9% posee alguna discapacidad, el 77.2% no posee un cuidador y el 73.7% es asegurado. También, el 98.2% toma medicación, el 73.7% consideró que es fácil el acceso a la medicación y el 52.6% no se olvida de tomar la medicación. Los demás resultados se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1*Descripción de la población*

	n	%
Sexo		
Femenino	39	68.4
Masculino	18	31.6
Edad (media ± DE)	72.6	10.6
Grado de instrucción		
Primaria	16	28.1
Secundaria	20	35.1
Superior / Técnico	21	36.8
Estado Civil		
Soltero	6	10.3
Casado / conviviente	26	45.6
Separado / divorciado	5	8.8
Viudo	20	35.1
Situación laboral		
Dependiente	8	14.0
Independiente	8	14.0
Está jubilado (a)	16	28.1
No trabaja	25	43.9
Sustenta el hogar		
Sí	39	68.4
No	18	31.6
Número de hijos (media ± DE)	3.4	2.2
Con quiénes vive		
Solo	2	3.5
Con familiares	55	96.5
Vivienda		
Alquilada	5	8.8
Propia	52	91.2
Enfermedad crónica		
Hipertensión arterial	34	59.6
Diabetes	12	21.1
Otras	11	19.3
Número de enfermedades		
1	37	64.9
2 o más	20	35.1
Tiempo de diagnóstico		

1 a 5 años	17	29.8
6 años a más	40	70.2
Discapacidad		
Sí	28	49.1
No	29	50.9
Posee un cuidador		
Sí	13	22.8
No	44	77.2
Tiempo dedicado al cuidado		
Parcial	4	7.0
Completo	9	15.8
Ninguno	44	77.2
Alguna vez se ha sentido discriminado o le han faltado el respeto		
Sí	25	43.9
No	32	56.1
Sistema de salud		
Asegurado	42	73.7
SIS	12	21.1
Ninguno	3	5.3
Toma medicación		
Sí	56	98.2
No	1	1.8
Fácil acceso a medicación		
Sí	42	73.7
No	15	26.3
Se olvida alguna vez de tomar la medicación		
Sí	27	47.4
No	30	52.6
Toma la medicación a la hora indicada		
Sí	48	84.2
No	9	15.8
Cuando se encuentra bien alguna vez deja de tomar la medicación		
Sí	20	35.1
No	37	64.9
Si alguna vez se siente mal deja de tomar la medicación		
Sí	7	12.3
No	50	87.7
Religión		
Católica	43	75.4
No Católica	11	19.3
Ninguna	3	5.3
Participa en algún grupo		
Sí	8	14.1
No	49	86.0
Ha necesitado la ayuda de alguien para llenar los instrumentos		
Sí	25	43.9
No	32	56.1

En cuanto a las variables principales, la media aritmética de la calidad de vida fue de 104.0 considerada un valor medio; al igual que la salud física ($m=51.5$) y mental ($m=49.6$). Con respecto a la resiliencia, el promedio fue de 146.5 considerado un valor alto, al igual que la competencia personal ($m=101.3$) y la aceptación de sí y de la vida ($m=45.2$). Por último, el apoyo social presentó una media de 34.3 considerada un valor medio, al igual que el apoyo familiar ($m=12.3$) y el apoyo de amigos ($m=9.1$), el apoyo de otros significativos, tuvo una media de 12.9 (valor alto) (ver la tabla 2).

En la tabla 3, se evidenciaron las correlaciones directas y significativas entre la calidad de vida y la resiliencia ($p=0.04$; $Rho=0.28$), entre la dimensión salud mental y la resiliencia ($p=0.04$; $Rho=0.27$), entre la calidad de vida y la dimensión competencia personal ($p=0.01$; $r=0.33$), entre la dimensión salud mental y la dimensión competencia personal ($p=0.02$; $r=0.31$) y entre la dimensión salud física y la dimensión de aceptación de sí y de la vida ($p=0.05$; $Rho=0.26$).

Tabla 2*Descripción de las variables principales*

	m	DE
Calidad de vida	104.0	20.6
Salud física	51.5	10.5
Salud mental	49.6	11.7
Resiliencia	146.5	18.8
Competencia personal	101.3	12.8
Aceptación de sí y de la vida	45.2	8.4
Apoyo social	34.3	8.1
Apoyo familiar	12.3	3.2
Apoyo de otros significativos	12.9	3.0
Apoyo de amigos	9.1	4.1

Tabla 3*Correlación entre la calidad de vida con la resiliencia y el apoyo social*

	Calidad de vida					
			Salud física		Salud mental	
	Rho	p-valor	Rho	p-valor	Rho	p-valor
Resiliencia	0.28	0.04	0.26	0.06	0.27	0.04
Competencia Personal	0.33*	0.01	0.21	0.11	0.31*	0.02
Aceptación de sí y de la vida	0.24	0.07	0.26	0.05	0.18	0.18
Apoyo social	0.06*	0.67	0.02	0.88	-0.01*	0.97
Apoyo familiar	0.13	0.33	0.11	0.41	0.13	0.32
Apoyo de otros significativos	-0.07	0.60	-0.08	0.54	-0.04	0.76
Apoyo de amigos	-0.01	0.94	0.07	0.61	-0.05	0.67

*Coeficiente de correlación de Pearson.

Asimismo, se halló relación estadísticamente significativa entre la dimensión aceptación de sí y de la vida con el apoyo social ($p=0.05$; $Rho=0.26$) y con la

dimensión apoyo familiar ($p=0.02$; $Rho=0.32$), ambas correlaciones directas (ver la tabla 4).

Tabla 4

Correlación entre la resiliencia y el apoyo social

	Resiliencia					
			Competencia Personal		Aceptación de sí y de la vida	
	Rho	p-valor	Rho	p-valor	Rho	p-valor
Apoyo social	0.19	0.15	0.09*	0.50	0.26	0.05
Apoyo familiar	0.23	0.09	0.11	0.44	0.32	0.02
Apoyo de otros significativos	0.01	0.93	-0.08	0.53	-0.04	0.76
Apoyo de amigos	0.19	0.15	0.15	0.28	0.18	0.17

*Coeficiente de correlación de Pearson

Por último, se halló relación entre la calidad de vida y el sexo masculino ($p=0.00$; $m=118.06$), el tiempo de diagnóstico de 1 a 5 años ($p=0.05$; $m=112.29$), no posee cuidador ($p=0.00$; $m=109.09$), y tiempo dedicado al cuidado (ninguno) ($p=0.00$; $m=109.09$). También, se asoció la resiliencia con el estado civil casado o

conviviente ($p=0.03$; $m=152.81$) y con no se olvida se olvida alguna vez de tomar la medicación ($p=0.04$; $m=151.93$). Además, se evidenció correlación entre el apoyo social y el número de hijos ($p=0.03$; $Rho=0.30$) (ver la tabla 5).

Tabla 5*Relación entre la calidad de vida, la resiliencia y el apoyo social con las variables sociodemográficas*

	Calidad de vida		Resiliencia		Apoyo social	
	media ± DE	p-valor	media ± DE	p-valor	media ± DE	p-valor
Sexo		0.00		0.14		0.65
Femenino	97.54 ± 19.10		143.74 ± 20.25		34.62 ± 8.13	
Masculino	118.06 ± 16.55		152.50 ± 13.83		33.56 ± 8.13	
Estado Civil		0.19		0.03		0.85
Soltero	97.50 ± 20.41		131.50 ± 18.05		32.17 ± 9.45	
Casado / conviviente	109.96 ± 20.38		152.81 ± 17.88		35.15 ± 9.80	
Separado / divorciado	106.60 ± 24.43		144.80 ± 18.80		34.60 ± 8.00	
Viudo	97.60 ± 18.93		143.25 ± 17.96		33.70 ± 5.08	
Número de hijos (Rho)	-0.08	0.56	-0.04	0.78	0.30	0.03
Tiempo de diagnóstico		0.05		0.92		0.42
1 a 5 años	112.29 ± 15.94		146.88 ± 16.48		32.94 ± 7.16	
6 años a más	100.50 ± 21.47		146.35 ± 19.89		34.85 ± 8.45	
Posee un cuidador		0.00		0.33		0.42
Sí	86.85 ± 21.88		142.77 ± 19.11		32.69 ± 7.76	
No	109.09 ± 17.38		147.61 ± 18.78		34.75 ± 8.19	
Tiempo dedicado al cuidado		0.00		0.33		0.71
Parcial	73.00 ± 13.95		153.00 ± 11.17		33.50 ± 13.48	
Completo	93.00 ± 22.51		138.22 ± 20.63		32.33 ± 4.66	
Ninguno	109.09 ± 17.38		147.61 ± 18.78		34.75 ± 8.19	
Se olvida alguna vez de tomar la medicación		0.08		0.04		0.81
Sí	98.93 ± 21.08		140.48 ± 21.88		34.56 ± 7.57	
No	108.60 ± 19.31		151.93 ± 13.74		34.03 ± 8.62	

DISCUSIÓN

Se halló una correlación entre la calidad de vida con la resiliencia y la dimensión competencia personal, y la dimensión de salud física con la dimensión aceptación de sí y de la vida. Además, la dimensión salud mental se correlacionó con la resiliencia y la dimensión competencia personal. Asimismo, la dimensión de aceptación de sí y de la vida se relacionó con el apoyo social y la dimensión apoyo familiar.

Más aún, se asoció la calidad de vida con los factores sociodemográficos como sexo, tiempo de diagnóstico, posee un cuidador y tiempo dedicado al

cuidado; la resiliencia con el estado civil y se olvida alguna vez de tomar la medicación; y el apoyo social con el número de hijos.

Los adultos mayores que evidenciaron valores altos de la percepción de su calidad de vida, manifestaron valores altos de resiliencia. Este hallazgo es similar a lo encontrado en el estudio de Campos (2019). Lo que significa que, aquellos adultos mayores que afrontan situaciones difíciles como la pandemia, el padecer una enfermedad crónica (o más de una) y el declive de sus funciones, logran percibir una calidad de vida adecuada (Inga, 2021). Puesto que, la resiliencia es

aquella característica de la personalidad que favorece la respuesta de reacción ante las situaciones de estrés (Wagnild y Young, 1993), y ellos evidenciaron valores altos. Asimismo, vivir con familiares, tener una vivienda propia, estar asegurados y el fácil acceso a la medicación en el contexto de la pandemia son factores presentes en la mayoría de la población, que quizás favorecieron a su resiliencia y por ende la percepción de su calidad de vida como adecuada.

Incluso, quienes evidenciaron valores altos de la percepción de su calidad de vida presentaron valores altos de competencia personal. No se encontraron investigaciones que respalden el hallazgo; sin embargo, se podría entender que las personas de la tercera edad poseen autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia, componentes de la dimensión competencia personal o factor I de la resiliencia (Salgado, 2012). Esta contribuye a dar respuesta frente a las adversidades y por ende conducirlos a una percepción adecuada de su calidad de vida en lo físico o mental (García del Castillo et al., 2016). Ya que, pese a las circunstancias que atraviesan como sustentar el hogar, padecer de una o más de una enfermedad crónica, tener alguna discapacidad y/o sentirse discriminado; estarían vivenciando un envejecimiento adecuado (Perez y De Juanas, 2013).

Además, los adultos mayores que manifestaron valores altos en su salud física presentaron valores altos en la aceptación de sí y de su vida. Si bien no se hallaron investigaciones con similar hallazgo; podría explicarse teniendo en cuenta que los adultos mayores modulan el estrés mediante la adaptabilidad, el balance, la flexibilidad y una perspectiva de vida estable, es decir, se aceptan a sí mismos y a su contexto con las adversidades que vivencian (Salgado, 2012). Posiblemente, son capaces de aceptar la disminución en su funcionamiento físico y/o discapacidad, el padecimiento de una enfermedad crónica y no encontrarse activos laboralmente. Por ende, perciben de forma favorable su salud física y como factor asociado quizás contribuye la toma de sus medicamentos al encontrarse bien o mal de salud y el apoyo social percibido. Esto es, vivenciar un envejecimiento activo pese a las limitaciones propias de la etapa de vida en la que se encuentran (Petretto et al, 2016).

Igualmente, quienes proyectaron valores altos en su salud mental manifestaron valores altos de resiliencia y competencia personal. Aunque no se identificaron investigaciones que respaldan el hallazgo, se puede sustentar en que los adultos mayores que se perciben como capaces de afrontar las adversidades, sentirse útiles, competentes en su vida, en otras palabras, ser perseverantes y tener autoconfianza (Salgado, 2012). Reflejan tener una adecuada salud mental; de manera que, no identifican dificultades en su vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, y su estado de ánimo (Ware y Sherbourne, 1992). Pues, tal vez se consideran autosuficientes en sus labores del hogar (ya que son el sostén del hogar, no pertenecen a algún grupo social en específico y/o completaron sin ayuda los instrumentos) y cuentan con un adecuado soporte familiar.

Y también, presentaron valores altos en la aceptación de sí y de su vida quienes evidenciaron tener apoyo social y familiar. Al contrastar con la literatura científica, Quispe (2019) identificó la asociación entre la resiliencia con el apoyo social. Por ello, se entiende que los adultos mayores que cuentan con soporte en el plano social como tener un seguro de salud y vivir con algún familiar (apoyo familiar) contribuyen a asumir la etapa de vida en la que se encuentran, aceptar y convivir con su enfermedad, limitaciones y apoyarse en sus fortalezas (Pérez y De Juanas, 2013). Posiblemente, relacionado a otro factor presente como la vivencia de la espiritualidad (religión), que contribuye en el desarrollo de la resiliencia y es considerado un soporte (Jasso, 2017; Uriarte, 2014).

Por otro lado, los adultos mayores con el diagnóstico de alguna enfermedad crónica que tuvieron valores medios a altos en su calidad de vida, evidenciaron no poseer cuidador, no olvidarse alguna vez de tomar la medicación, ser del sexo masculino y tiempo de diagnóstico de 1 a 5 años. Si bien, Angulo y Rivera (2021) encontraron relación entre la calidad de vida y el grado académico, y Zhang et al. (2017) identificaron una relación entre la calidad de vida y el tiempo desde el diagnóstico. Son pocos los estudios que incluyen factores sociodemográficos. Una posible explicación sobre los hallazgos, radica en que la calidad de vida engloba factores personales, laborales, características de la enfermedad padecida (cumplir con la toma de

medicación) y su contexto (Pérez y De Juanas, 2013). Según el modelo integrador del envejecimiento activo, lo social, económico, espiritual, cultural y cívico, además de la capacidad de autonomía contribuyen a vivenciar de manera adecuada la vejez, y por ende se percibe una adecuada calidad de vida (Pérez y De Juanas, 2013). Asimismo, los niveles de resiliencia percibidos por la población masculina, la percepción de salud física o mental y necesidades satisfechas al ser asegurados y tener acceso a la medicación, pese al tiempo de diagnóstico que poseen, podrían ser factores asociados.

Con respecto, a la población que evidenció valores altos de resiliencia manifestó estado civil de casados o ser convivientes, y no olvidarse de tomar la medicación. No existen estudios que corroboren lo hallado, una posible explicación es que ambos factores contribuyen en una adecuada capacidad de manejo ante el estrés porque la persona resiliente posee habilidades que la conducen a conservar una adecuada salud, tales como el establecimiento de las relaciones interpersonales positivas, la responsabilidad y la actuación de protección de la salud (García del Castillo et al., 2016). Además, de ser considerados como procesos reguladores y de adaptación, experimentadas de forma diferente en cada etapa de la vida (Uriarte, 2014).

Por otra parte, la percepción del apoyo social se asoció con el número de hijos que poseen los adultos mayores. Esto es sustentado por un estudio donde refiere la relación del apoyo social y tener hijos (Gil, 1999). Ya que, el apoyo social contempla lo recibido por parte de los hijos y se manifiesta en cada interacción, lo cual conlleva al logro de objetivos en relación con la salud (Gil, 1999; Bobassi, Pérez y Vila, 2001). Un aspecto clave, es que la mayoría vive con algún familiar lo que quizás facilita cumplir con indicaciones médicas de la enfermedad crónica padecida, sentirse protegido y acompañado, así como no vulnerado por otros. Por lo tanto, perciben el afecto de personas cercanas y la pertenencia a una red social (Musitu et al., 2015).

Finalmente, las limitaciones que se identificaron fueron el tamaño de la población debido al contexto de la pandemia por Covid-19 (medidas de cuidado

y las restricciones vivenciadas). Además, al ser de tipo correlacional no se logró evidenciar la causa, ni el efecto entre las variables. Y los test psicológicos pudieron ser susceptibles a la deseabilidad social, pero se controló haciendo énfasis en el anonimato de los datos obtenidos en el proceso de evaluación y del uso de los mismos. En contraste, el estudio fue transversal lo cual facilitó su realización en un menor tiempo y costo económico. Asimismo, los instrumentos utilizados contaron con validez y confiabilidad en el contexto peruano.

CONCLUSIONES

Las personas de la tercera edad con enfermedades crónicas que presentan mayores valores de la percepción de su calidad de vida evidencian mayores valores de resiliencia, pues al ser capaces de reaccionar favorablemente ante situaciones adversas como el contexto de la pandemia y el declive de funciones debido al envejecimiento, logran percibir una calidad de vida adecuada. Asimismo, el apoyo social y en específico la familia adquiere un valor importante en la presencia de los valores altos de resiliencia. Además, otros factores como ser del sexo masculino, estado civil, número de hijos, tiempo de diagnóstico, no poseer cuidador (vivir con familiares) y tomar la medicación, les permite experimentar el envejecimiento de manera adecuada, siendo autónomos. Por último, se recomienda realizar estudios con mayor tamaño de población, realizar estudios de tipo explicativo para poder analizar la causalidad entre las variables correlacionadas, así mismo comparar poblaciones según la etapa de vida o en otros contextos (adultos mayores en casas de reposo, Centros Integrales del Adulto Mayor (CIAM), etapa de la enfermedad en la que se encuentran u otras regiones). Así como, fomentar la prevención y la promoción de la calidad de vida, la resiliencia y el apoyo social durante la vejez, y así lograr mantener y/o fortalecer su bienestar mental y físico.

REFERENCIAS

- American Psychological Association [APA]. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Angulo, C. y Rivera, M. (2021). *Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores de la ciudad de Arequipa* [Tesis de pregrado. Universidad Católica San Pablo]. <http://hdl.handle.net/20.500.12590/16877>
- Bobassi, L., Perez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 9(1), 5-38. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/problematika-actual-del-apoyo-social-y-su-relacion-con-la-salud-una-revision/>
- Campos, F. (2019). *Percepción de Calidad de Vida y Resiliencia del Adulto Mayor en el Centro de Atención Geriátrico Residencial “San Vicente de Paúl” de la Sociedad de la Beneficencia de Lima Metropolitana, Barrios Altos – 2019* [Tesis de pregrado. Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú]. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3151/TESIS%20Campos%20Francesca.pdf?sequence=1>
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., Valdivia, A. y Torres, M. (2014). Análisis exploratorio de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young en una muestra de adolescentes, jóvenes y adultos universitarios de Lima Metropolitana. *Rev. Psicol. Arequipa*, 4(19), 80-83. https://www.researchgate.net/publication/312092117_Analisis_exploratorio_de_la_Escala_de_Resiliencia_de_Wagnild_y_Young_en_una_muestra_de_adolescentes_jovenes_y_adultos_universitarios_de_Lima_Metropolitana
- Díaz-Castillo, R., González Escobar, S., González-Arratia, N. y Montero-López, M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Neurama. Revista electrónica de psicogerontología*, (4)2, 22-29. <https://www.researchgate.net/publication/326188717>
- García del Castillo, J., García del Castillo-López, A., López, C. y Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions*, 16(1), 59-68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83943611006>
- Gil, J. (1999). Apoyo social y enfermedad crónica: una perspectiva funcional. En J. Buendía. (Ed.), *Psicología clínica: Perspectivas Actuales* (pp. 164-183). Pirámide Ediciones.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Inga, E. (2021). *Resiliencia y calidad de vida del adulto maduro con diabetes mellitus en el centro de salud, Reque-2019* [Tesis de pregrado. Universidad Señor de Sipán]. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/8655>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2021). *Situación de la población adulta mayor*. <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2023). *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2022*. https://proyectos.inei.gov.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2023). *Situación de la población adulta mayor*. https://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_2.pdf
- Jasso, M., Pozos, M., Cadena, J. y Olvera, S. (2017). Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 25(1), 9-17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim171c.pdf>
- Mazzanti, M. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 125-144. <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032009.pdf>
- Musitu Ochoa, G. Herrero Olaizola, J. y Cantera Espinosa, L. M. (2015). *Introducción a la*

- psicología comunitaria*. Editorial UOC. <https://elibro.net/es/ereader/ucss/56318?page=208>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016, 29 de septiembre). *Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 1 de octubre). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, 28 de marzo). *Información básica sobre la COVID-19*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
- Pérez, G. y De Juanas, A. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Editorial Unidad Nacional de Educación a Distancia. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioucsssp/reader.action?docID=3216607>
- Petretto, DR., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddas C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Quispe, B. (2019). *Resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida del adulto mayor del distrito de Santa Anita, Lima-Perú*. [Tesis de pregrado. Universidad San Ignacio de Loyola]. <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a0ba0754-5321-4354-bd43-b01c8e492297/content>
- Salazar, F., & Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pac J Public Health published*, 20(10), 1-9. <https://doi.org/10.1177/1010539511432879>
- Salgado, C. (2012). Medición de la resiliencia en adolescentes y adultos. *Temát. Psicol*, 8(1), 21-27. <https://doi.org/10.33539/tematpsicol.2012.n8.847>
- Soza, F. (2020). *Apoyo social y resiliencia con calidad de vida en participantes del programa adulto mayor de centros de salud en un distrito de Chiclayo, 2017* [Tesis de pregrado. Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8978>
- Universidad Femenina del Sagrado Corazón [UNIFÉ]. (2019). *Código de Ética de Investigación*. https://www.unife.edu.pe/vicerrectorado_investigacion/vri3/vri_7_codigo_etica_investigacion.pdf
- Uriarte, J. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educa.*, 4(2), 67-77. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i2.54>
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. <http://www.jstor.org/stable/3765916>
- Yupanqui, M. (2016). *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, Trujillo, Perú]. <https://hdl.handle.net/11537/13168>
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Med Sci Monit*, 23, 5969-5979. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5744469/>