



ORIGINALES

Apoyo social, capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores de centros de bienestar

Social Support, Functional Capacity, and Quality of Life in Older Adults in Wellness centers

Yolima Manrique-Anaya¹

José Vicente Pérez Cosín²

Enrique Sigalat Signes²

Claudia Torres Contreras³

¹ Estudiante doctorado desarrollo local y cooperación internacional Universidad de Valencia – España. docente asistente Universidad de Cartagena - Colombia. Autor de correspondencia: ymanriquea@unicartagena.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3986-7870>

² PhD Sociología. Docente titular Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Valencia, España. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3526-1860>

² PhD sociología. Docente titular Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Valencia, España. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8146-0532>

³ PhD Enfermera. Docente. Universidad de Santander. Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud. Instituto de Investigación Masira, Bucaramanga, Santander, Colombia. ORCID: 0000-0001-7064-9380

<https://doi.org/10.6018/eglobal.63591>

elocation-id: e636591

Recibido: 06/11/2024

Aceptado: 15/04/2025

RESUMEN

Introducción: necesario manejo integral del adulto mayor para garantizar su calidad de vida en el envejecimiento.

Objetivo: Determinar relación entre apoyo social, capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores que asisten a centros de bienestar Cartagena-Colombia.

Método: Estudio descriptivo, comparativo, transversal y correlacional. Participaron 417 adultos mayores. Instrumentos: funcionalidad de Lawton y Brody, índice multicultural de calidad de vida y escala de apoyo social, el análisis incluyó medidas de tendencia central, t de Student, U de Mann Whitney y prueba H de Kruskal-Wallis. Ética basada en Resolución 008430 y principios de Helsinki.

Resultados: Predominaron las mujeres con 61.72%, viudas 30.86%, mediana de edad 68; 80 años. El 50.96% depende económicamente del Estado y el 38.76% de la familia. El análisis bivariado mostró significancia estadística ($p<0.05$) en edad $p<0.001$, recurso económico $p<0.045$, medicación $p<0.001$ y actividad física $p<0.001$. Las escalas de calidad de vida y apoyo social se correlacionan con puntaje de 0.41. La edad mostró significancia con la escala de Lawton y Brody $p<0.001$, y apoyo social y calidad de vida con $p<0.05$. Se observó correlación negativa entre Lawton y Brody y la edad (-0.21; $p<0.001$), indicando que, al aumentar la edad, disminuye el puntaje y aumenta la dependencia, afectando la calidad de vida.

Conclusión: Las personas mayores en centros de bienestar reciben apoyo económico familiar o estatal. La correlación evidencia la necesidad de fortalecer redes de apoyo e involucrar a la familia en los seguimientos. Se recomienda promover acciones interdisciplinarias en salud que mejoren su funcionalidad.

Palabras clave: Adulto mayor; calidad de vida; apoyo social; independencia funcional.

ABSTRACT

Introduction: comprehensive management of the elderly is necessary to ensure quality of life in ageing.

Objective: Determine relationship between social support, functional capacity, and quality of life in older adults attending welfare centers in Cartagena, Colombia.

Materials and Method: descriptive, comparative, cross-sectional, and correlational study was conducted with 417 older adults. The Lawton and Brody functionality scale, the Multicultural Quality of Life Index, and the Social Support Scale were applied. The analysis used central tendency measures and statistical tests: Student's t, Mann-Whitney U, and Kruskal-Wallis H. Ethical guidelines: Resolution 008430 and the Helsinki Principles.

Results: Women represented 61.72% of the participants, with a median age of 68 to 80 years. Economically, 50.96% depended on a state subsidy and 38.76% on family support. Bivariate analysis showed statistically significant associations ($p < 0.05$) with age ($p < 0.001$), economic resources ($p = 0.045$), medication use ($p < 0.001$), physical activity ($p < 0.001$), and productive activity ($p = 0.004$). Correlation analysis revealed that quality of life and social support scores were moderately correlated ($r = 0.41$). Age was significantly associated with functionality ($p < 0.001$). A negative correlation between age and Lawton and Brody scores ($r = -0.21$; $p < 0.001$) indicates increased dependence with advancing age, impacting health-related quality of life.

Conclusion: Older adults in welfare centers rely mainly on family or government financial support. It emphasizes the importance of strengthening support networks and involving families in care. It recommends interdisciplinary health strategies aimed at maintaining or improving functional capacity to enhance quality of life.

Keywords: Elderly adult; health-related quality of life; social support; functional independence

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen⁽¹⁾. El envejecimiento activo pone su énfasis en la implicación activa de las personas mayores en la mejora de su proceso de envejecimiento que se da a lo largo de la vida y que va más allá de una edad cronológica para mantener o mejorar la salud, las relaciones sociales y su funcionalidad; estos últimos son factores determinantes en la salud de los adultos mayores, teniendo un efecto protector directo sobre la salud física, mental y el bienestar que confluyen en la calidad de vida como forma de integración social⁽²⁾.

En relación con la calidad de vida en el adulto mayor la OMS, la define como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, su relación con los elementos esenciales de su entorno y su integración social"⁽³⁾.

Por tanto, la integración social, que indica el conjunto de aportes recibidos de las relaciones establecidas con la familia, pareja, amigos, vecinos, instituciones, comunidad y otras redes de apoyo. Se asocia significativamente al proceso salud-enfermedad, el déficit de esta integración social, se relaciona a mayor riesgo de enfermedad y el adulto

mayor puede quedar expuesto a estrés, pudiendo producir algunos efectos fisiológicos de modo directo o a través de procesos psicológicos o conductuales que terminan impactando la calidad de vida⁽⁴⁾.

Lo anterior se mostró en el estudio de Gonzales et al. La relación directa entre el apoyo social y la calidad de vida con coeficiente Rho Spearman 0.53 significó que cuando el adulto mayor manifestó un apoyo social mínimo, también la calidad de vida fue baja. Así mismo Arteaga, Cogollo y Muñoz⁽⁵⁾ plantean que el apoyo social representa un aspecto importante en la salud de los adultos mayores, al documentar la relación directa entre el apoyo social y el avance en edad, sumado que al momento de hacer la revisión en adultos con enfermedad crónica (ECNT) se observó que el 85% de las personas con apoyo social negativo se encuentran descompensados por no seguir prescripciones del personal de salud.

En un estudio mexicano, Mendoza-Núñez et al⁽⁶⁾, confirmaron que el 65% de las personas mayores en tratamiento por enfermedad crónica estaban controlados por el apoyo social extrafamiliar en comparación con los no controlados. Las prácticas de la comunicación, atención recibida y vigilancia les facilitaba tener acciones como examinar su cuerpo, cambiar hábitos, solicitar información y mantener prácticas que optimicen su bienestar, comparado con el grupo de personas mayores que no tenían el apoyo⁽⁷⁾.

Otro de los factores determinantes que proporciona calidad de vida es la capacidad funcional en las personas mayores con enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades pueden generar discapacidad, entendida como cualquier limitación grave que afecte la capacidad de realizar actividades durante más de un año, y cuyo origen esté relacionado con una deficiencia⁽⁸⁾. La deficiencia se define como la pérdida o anomalía de un órgano o de su función, lo que impacta de manera directa en la calidad de vida, el apoyo social y la capacidad funcional de las personas mayores⁽⁹⁾.

La capacidad funcional se define como la competencia que tiene la persona para realizar actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda; además, se relaciona con la habilidad para ejecutar tareas en su contexto, las cuales implican un grado de complejidad. Usualmente, este concepto es medido en el campo físico, o sea, por la evaluación de la capacidad de realizar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria⁽¹⁰⁾. Esta capacidad funcional puede verse truncada a razón de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en el año 2021 representaron el 86,6% del total de años vividos con menos funcionalidad, impactando significativamente los años de vida potencialmente perdidos, por baja actividad física, estilo de vida sedentario, que lleva a la reducción de la fuerza muscular, que se asocia con el decremento en la función muscular y la movilidad. Esto genera una carga económica considerable para las familias, así como para los servicios de salud⁽¹¹⁾.

Por lo tanto, al considerar las dimensiones expuestas, es fundamental empoderar a los actores sociales (cuidador, líderes comunitarios y fortalecer las redes interinstitucionales lo que permitirá robustecer las acciones públicas y sociales orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, promoviendo el apoyo social y minimizando su dependencia. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022)^(12,13).

En este contexto, el Ministerio de la Protección Social ha reconocido que las personas en situación de dependencia son una prioridad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto se debe a la carga de enfermedad que, en muchos casos, se acompaña de dependencia funcional, lo que exige un manejo integral del adulto mayor que vaya más allá del ámbito biológico para garantizar su calidad de vida en el envejecimiento⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Según la información expuesta se hizo necesario determinar la relación entre apoyo social, capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores que asisten a centros de bienestar en tres localidades de la ciudad de Cartagena-Colombia.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, transversal y correlacional. que se caracteriza por pretender establecer una relación entre variables y fue transversal a razón que se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo⁽¹⁷⁾ los participantes fueron personas mayores que asisten a centros de bienestar de la ciudad de Cartagena, Colombia. El universo estuvo conformado por 2033 personas que pertenecen a 21 centros de bienestar, denominadas centros vida en Colombia según lo contemplado en la legislación 1276 de 2009 con funciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

La muestra fue calculada tomando como referencia la prevalencia esperada de 26,3% de la escala (Funcionalidad Lawton-Brody), un nivel de confianza del 95% y un error del 4%, dando una muestra inicial de 464. Dado que se trata de una población finita se ajustó a 379 y se adicionó el 10% de improviso y finalmente la muestra fue de 417.

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, donde se solicitó al director de cada centro de vida la base de datos en Excel de las personas mayores que acuden, y utilizando la tabla de números aleatorio se tomó la muestra correspondiente por orden aleatorio de números pares, de no aceptar una persona o no completar se remplazaba por el siguiente de la lista aleatorio hasta completar el total de la muestra.

Antes de iniciar la recolección, se obtuvo permiso de las directoras de los diferentes centros de vida de las tres localidades de Cartagena, se coordinó con cada director de centro de vida el día y hora para recolectar la información hasta lograr la muestra, se solicitó el listado en cada centro de vida de las personas mayores donde se evaluó que el adulto mayor cumpliera los criterios de inclusión estar más de un año en el centro de vida, y firmar el consentimiento informado por el adulto mayor. Posterior la encuesta fue aplicada de manera asistida por la investigadora y dos profesionales enfermeros previamente entrenados.

Previo al inicio del trabajo de campo se desarrolló una prueba piloto asistida en las tres localidades con la participación de 40 adultos mayores para evaluar el tiempo y la comprensión de cada pregunta de los instrumentos aplicados; la duración de cada una fue de 15 minutos contabilizado por los investigadores. El periodo de recolección de la información fue durante el mes de julio del 2023.

El desarrollo del estudio cumplió con los principios éticos para investigaciones con seres humanos, según resolución 08430 y fue aprobado mediante acta 09 de la 2023 de la Universidad de Cartagena facultad de Enfermería.

Los instrumentos fueron seleccionados por mostrar en investigaciones previas en Colombia alto índices de confiabilidad, así mismo la escala de Lawton y Brody ha mostrado la bondad de medir en otros países la funcionalidad⁽¹⁸⁾, además está escala se encuentra contemplada en la ruta de promoción de la salud como instrumento de valoración integral del adulto mayor según el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia⁽¹⁹⁾.

A: Índice Multicultural de Calidad de Vida, capaz de discriminar diferentes niveles de calidad de vida relacionada con salud (CVRS), muestra alta consistencia interna (0.753), los investigadores han establecido los valores de 1 a 3 malo; de 4 a 7 regular; y de 8 a 10 Excelente. Está constituido por 10 dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socio emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida⁽²⁰⁻²³⁾.

B: Escala de Apoyo Social, Medical Outcomes study (MOS), mide cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. La escala tiene un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.941, Valoración del test: Se utiliza la suma del valor correspondiente a: Índice global de apoyo social: Todas las respuestas. Apoyo emocional: Respuestas número: (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19). Ayuda material: Respuestas a las preguntas: (2, 5, 12 y 15). Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: (7, 11, 14 y 18). Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas (6, 10 y 20)⁽²⁴⁾.

C: escala de funcionalidad de Lawton y Brody, evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad Para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, Realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización De los medios de transporte y responsabilidad respecto a la Medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (de pendiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total)^{(25); (26)}.

Para el análisis descriptivo, se usó el software estadístico Stata v17 (Stata Corporation, College Station, USA). En las variables cualitativas se reportan porcentajes y números absolutos, para la variable cuantitativas (edad) se presenta como medida de tendencia central la mediana y de dispersión el rango intercuartílico, se realizó evaluación de la distribución de normalidad, con el uso de la prueba Shapiro-Francia, test en el que han reportado buen desempeño en diferentes tamaños de muestra^(27,28) los valores p fueron < 0.05 para la variable edad en los grupos de niveles de dependencia y en la percepción del apoyo social.

En la comparación de los grupos según el nivel de dependencia y de apoyo social, para las variables categorías se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado de Pearson y Exacta de Fisher, para la variable numérica (edad) en la comparación según los niveles de dependencia (4 niveles: Severa, moderada, ligera e independiente) se utilizó la prueba

Kruskal Wallis; en la comparación de apoyo social (2 niveles: sin apoyo y con apoyo) se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

La correlación de las variables se llevó a cabo con uso del estadístico de correlación de Pearson, se realizó evaluación de la distribución normal en las variables incluidas en la correlación con la prueba Shapiro-Francia, con valores $p > 0.05$. Los análisis fueron realizados en el software estadístico Stata v17 (Stata Corporation, College Station, USA) y Excel para la generación de graficas de barras.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Dentro de las características sociodemográficas se identifica que en un mayor porcentaje son de sexo femenino, con el 61.72% (258), con una mediana de edad de 73(RI:68; 80) años y son viudos 30.86% (129). En cuanto a recursos económicos el 50.96% (213) recibe un subsidio del estado y el 38.76% (162) tiene ayuda familiar (Tabla 1).

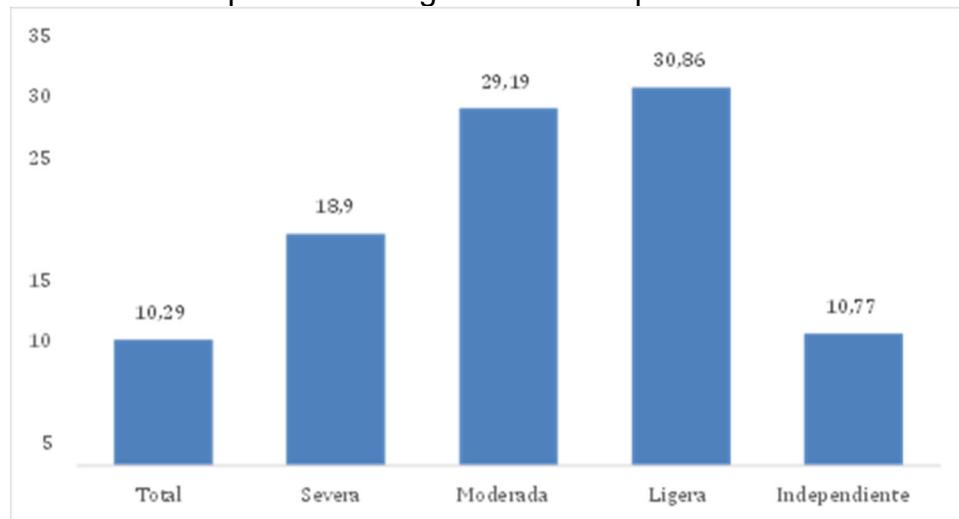
Tabla 1: Características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos que asisten a un centro de bienestar.

Variable	(n) % (N=418)
Sexo	
Mujer	258 (61.72%)
Hombre	160 (38.29%)
Edad. Mediana (RI)	68; 80 (73%)
Estado civil	
Casado(a)	97 (23.21%)
Divorciado (a)	38 (9.09%)
Viudo (a)	129 (30.86%)
Unión Libre (a)	45 (10.77%)
Sotero (a)	109 (26.08%)
Recursos económicos	
Trabajo	28 (6.07%)
Pensión	15 (3.59%)
Subsidio	213 (50.96%)
Ayuda familiar	162 (38.76%)
Nivel educativo	
Ninguno	63 (15.07%)
Primaria	229 (54.78%)
Secundaria	110 (26.32%)
Superior	16 (3.83%)
Localidad	
1	113 (27.03%)
2	152 (36.36%)
3	153 (36.60%)

Nivel de funcionalidad de los adultos mayores hipertensos según escala Lawton y Brody

De los adultos mayores se identificaron el 18.9% (79) con dependencia severa, y el 29.19% (122) con dependencia moderada (Figura 1).

Figura 1: Distribución porcentual según nivel de dependencia con Lawton y Brody.

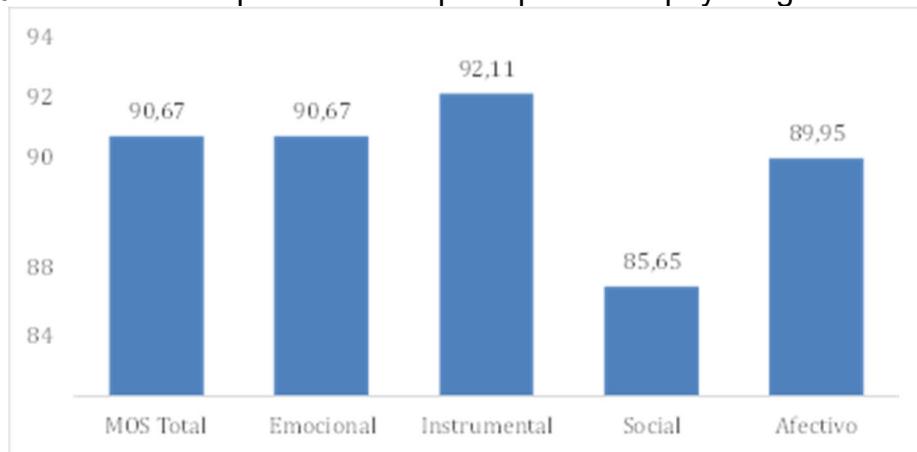


Al comparar características sociodemográficas y los niveles de dependencia según la escala de Lawton y Brody para la edad se realizó la prueba Shapiro Francia con valor de $p=0.023$, lo cual muestra que no tiene distribución normal, por tanto, se presenta la mediana y el rango Intercuartílico, se observa diferencias según la edad, el sexo, la localidad, tener HTA, la toma de medicamentos, al igual que actividad física y productiva, todos con valores $p < 0.001$ (Tabla 2).

Apoyo social (mos) en los adultos mayores hipertensos que asisten a un centro de vida

Las dimensiones apoyo afectivo referente a demostraciones de cariño fue reportado por el 89.95% (376/418) y el apoyo social referente a la disponibilidad que tiene las personas para divertirse y reunirse fue reportado por el 85.65% (358/418) (Figura 2).

Figura 2: Distribución porcentual de percepción de apoyo según dimensiones.



Al comparar los participantes que según el puntaje de la escala MOS se perciben sin apoyo (39) con los de con apoyo (379), se identifican diferencias significativas según la edad, recursos económicos, antecedente de hipertensión, diabetes, toma de medicamentos, uso de ayudas visuales y la actividad productiva.

La mediana de edad es mayor en los participantes que se identifican con apoyo, donde el promedio fue de 74.1 ± 8.1 años mientras que en los de sin apoyo fue de 74.5 ± 7.3 años, con valor $p = 0.048$. En los recursos económicos los participantes sin apoyo el 53.8% (21/39) provienen de ayuda familiar y en los de con apoyo el 53.0% (201/379) donde subsidio, con valor $p = 0.045$.

El uso de ayudas visuales es más reportado por el grupo de sin apoyo con 51.3% (20/39), mientras que el de con apoyo es el 34.8% (132/379) (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis bivariado entre las características sociodemográficas con el nivel de dependencia escala de Lawton y Brody y la percepción de apoyo MOS en los adultos mayores que asisten a un centro de vida.

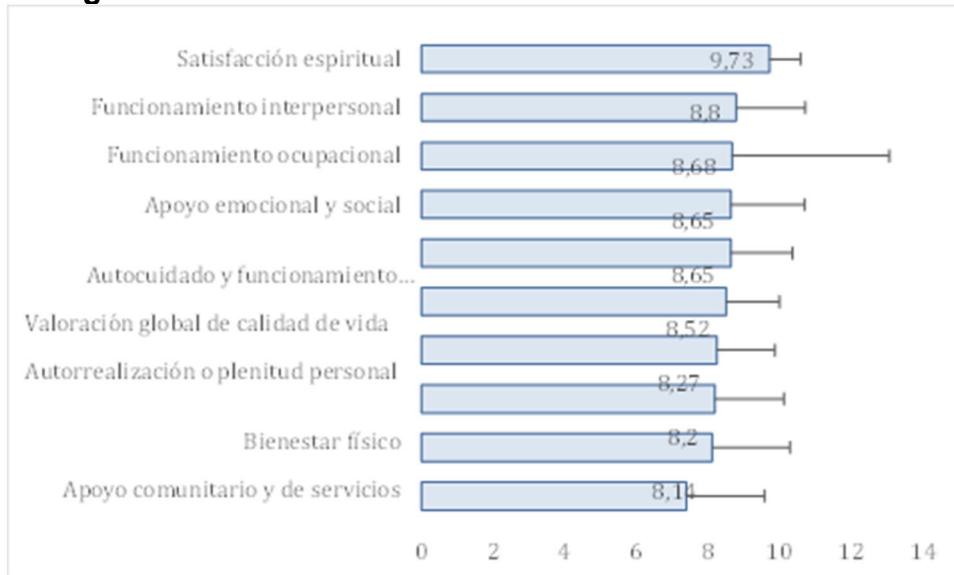
Variable	Población De estudio (418)	Nivel de dependencia según Lawton y Brody					p-value	Apoyo social MOS		
		Total (43)	Severa (79)	Moderada (122)	Ligera (129)	Independiente (45)		Sin Apoyo (39)	Con Apoyo (379)	p-value
Edad, median (IQR)	73(68; 80)	67 (80; 75)	78 (72; 83)	74 (69; 80)	72 (67; 76)	70 (67; 76)	<0.001	71,0 (67; 76)	74,0 (68; 80)	0.036
Sexo							<0.001	22 (56,4%)	236 (62,3%)	0.47
Mujer	61.72(258)	65,1(28)	35 (44,3%)	72 (59,0%)	95 (73,6%)	28 (62,2%)		17 (43,6%)	143 (37,7%)	
Hombre	38.29(160)	34,9(15)	44 (55,7%)	50 (41,0%)	34 (26,4%)	17 (37,8%)	0.53			0.099
Estado civil										
Casado(a)	23.21(97)	23,3(10)	16 (20,3%)	33 (27,0%)	28 (21,7%)	10 (22,2%)		4 (10,3%)	93 (24,5%)	
Divorciado (a)	9.09(38)	3 (7,0%)	5 (6,3%)	11 (9,0%)	17 (13,2%)	2 (4,4%)		3 (7,7%)	35 (9,2%)	
Viudo (a)	30.86(129)	16 (37,2%)	28 (35,4%)	39 (32,0%)	35 (27,1%)	11 (24,4%)		15 (38,5%)	114 (30,1%)	
Unión Libre (a)	10.77(45)	3 (7,0%)	13 (16,5%)	10 (8,2%)	12 (9,3%)	7 (15,6%)		2 (5,1%)	43 (11,3%)	
Sotero (a)	26.08(109)	11 (25,6%)	17 (21,5%)	29 (23,8%)	37 (28,7%)	15 (33,3%)	0.22	15 (38,5%)	94 (24,8%)	0.045
Recursos económicos										
Trabajo	6.07(28)	2 (4,7%)	6 (7,6%)	12 (9,8%)	8 (6,2%)	0 (0,0%)		3 (7,7%)	25 (6,6%)	
Pensión	3.59(15)	1 (2,3%)	2 (2,5%)	5 (4,1%)	6 (4,7%)	1 (2,2%)		3 (7,7%)	12 (3,2%)	
Subsidio	50.96(213)	16 (37,2%)	45 (57,0%)	64 (52,5%)	67 (51,9%)	21 (46,7%)		12 (30,8%)	201 (53,0%)	
Ayuda familiar	38.76(162)	24 (55,8%)	26 (32,9%)	41 (33,6%)	48 (37,2%)	23 (51,1%)	0.18	21 (53,8%)	141 (37,2%)	0.95
Nivel educativo										
Ninguno	15.07(63)	11 (25,6%)	17 (21,5%)	16 (13,1%)	15 (11,6%)	4 (8,9%)		6 (15,4%)	57 (15,0%)	
Primaria	54.78(229)	23 (53,5%)	45 (57,0%)	70 (57,4%)	70 (54,3%)	21 (46,7%)		20 (51,3%)	209 (55,1%)	
Secundaria	26.32(110)	7 (16,3%)	15 (19,0%)	32 (26,2%)	39 (30,2%)	17 (37,8%)		11 (28,2%)	99 (26,1%)	
Superior	3.83(16)	2 (4,7%)	2 (2,5%)	4 (3,3%)	5 (3,9%)	3 (6,7%)		2 (5,1%)	14 (3,7%)	
Localidad							<0.001			0.086
1	27.03(113)	6 (14,0%)	14 (17,7%)	32 (26,2%)	50 (38,8%)	11 (24,4%)		6 (15,4%)	107 (28,2%)	
2	36.36(152)	17 (39,5%)	38 (48,1%)	45 (36,9%)	46 (35,7%)	6 (13,3%)		20 (51,3%)	132 (34,8%)	
3	36.60(153)	20 (46,5%)	27 (34,2%)	45 (36,9%)	33 (25,6%)	28 (62,2%)		13 (33,3%)	140 (36,9%)	
HTA							<0.001			0.007
No	5.74(24)	11 (25,6%)	4 (5,1%)	2 (1,6%)	4 (3,1%)	3 (6,7%)		6 (15,4%)	18 (4,7%)	
Si	94.26(394)	32 (74,4%)	75 (94,9%)	120 (98,4%)	125 (96,9%)	42 (93,3%)		33 (84,6%)	361 (95,3%)	
Medicamentos							<0.001			0.001
No	10.53(44)	14 (32,6%)	9 (11,4%)	9 (7,4%)	10 (7,8%)	2 (4,4%)		10 (25,6%)	34 (9,0%)	
Si	89.47(374)	29 (67,4%)	70 (88,6%)	113 (92,6%)	119 (92,2%)	43 (95,6%)	0.029	29 (74,4%)	345 (91,0%)	0.43
Problemas Auditivos										
No	92.82(388)	39 (90,7%)	68 (86,1%)	112 (91,8%)	125 (96,9%)	44 (97,8%)		35 (89,7%)	353 (93,1%)	
Si	7.18(30)	4 (9,3%)	11 (13,9%)	10 (8,2%)	4 (3,1%)	1 (2,2%)		4 (10,3%)	26 (6,9%)	
Problemas Visuales							<0.001			0.042
No	63.64(266)	17 (39,5%)	41 (51,9%)	79 (64,8%)	94 (72,9%)	35 (77,8%)		19 (48,7%)	247 (65,2%)	
Si	36.36(152)	26 (60,5%)	38 (48,1%)	43 (35,2%)	35 (27,1%)	10 (22,2%)		20 (51,3%)	132 (34,8%)	
Actividad Física							<0.001			0.58
No	27.03(113)	25 (58,1%)	24 (30,4%)	34 (27,9%)	21 (16,3%)	9 (20,0%)		12 (30,8%)	101 (26,6%)	
Si	72.97(305)	18 (41,9%)	55 (69,6%)	88 (72,1%)	108 (83,7%)	36 (80,0%)		27 (69,2%)	278 (73,4%)	
Actividad Productiva							<0.001			0.004
No	52.63(220)	34 (79,1%)	54 (68,4%)	63 (51,6%)	52 (40,3%)	17 (37,8%)		29 (74,4%)	191 (50,4%)	
Si	47.37(198)	9 (20,9%)	25 (31,6%)	59 (48,4%)	77 (59,7%)	28 (62,2%)		10 (25,6%)	188 (49,6%)	

Fuente: Datos de encuestas aplicadas. Valor p: Variables numérica (Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney), Variable categórica (Pearson's chi-squared, Exacta de Fisher).

Índice multicultural de calidad de vida (QLI-SP)

La dimensión de satisfacción espiritual obtuvo el mayor puntaje con 9.73 ± 0.88 y el bienestar psicológico obtuvo el puntaje más bajo con 7.41 ± 2.19 (Figura 3).

Figura 3: Promedios de las Dimensiones de Calidad de Vida.



La calidad de vida, con punto de corte de ≥ 8 = Excelente, se identifica que el 85.89% (359/418) serían excelente y el restante 14.11% (59/418) menor calidad de vida. En este proceso se identifican diferencias según antecedentes de hipertensión, diabetes, toma de medicamentos, realización de actividad física y participación en actividades productivas, con valores $p < 0.05$.

La Correlación entre las características sociodemográficas y las escalas medidas (Lawton y Brody, calidad de vida y apoyo social)

Al revisar correlación entre los puntajes de las escalas y la edad, se identifica correlación positiva fuerte con valor $p < 0.001$ entre los puntajes de Lawton y Brody. Los puntajes de las escalas de calidad de vida y apoyo social también se correlacionan con un puntaje de 0.41, con menor intensidad se aprecia correlación con valor $p < 0.05$ entre la edad y el puntaje de escala de apoyo social, los puntajes de Lawton y Brody con los de la escala de apoyo social y calidad de vida. De otra parte, con correlación negativa se identifica los puntajes de Lawton y Brody con la edad con -0.21 y valor $p < 0.001$, lo cual indica que cuando aumenta la edad disminuye el puntaje de Lawton y Brody y se identifica mayor dependencia (Tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre las características sociodemográficas y las escalas medidas (Lawton y Brody, Multicultural de calidad de vida y apoyo social MOS).

	Edad	Lawton y Brody	MOS	QLI-Sp
Edad	1			
Lawton y Brody	-0.21***	1		
MOS	0.11*	0.11*	1	
QLI-Sp	0.02	0.10*	0.41***	1

Fuente: Datos de la encuesta aplicada

Valor p : Correlación de Pearson. * <0.05 ** <0.01 *** <0.001

MOS: Medical Outcomes Study. Cuestionario de Apoyo Social

QLI-Sp: Índice Multicultural de Calidad de Vida

DISCUSIÓN

La investigación realizada con adultos mayores que asisten a centros de bienestar (no institucionalizados) responde a la necesidad de conocer si hay o no relación entre variables apoyo social, calidad de vida y funcionalidad que se describen en la literatura como fomento del envejecimiento activo. En ese orden de ideas los resultados revelan una significancia estadística entre el apoyo familiar, los recursos económicos y la actividad física como factores que duplican la probabilidad de mantener una buena calidad de vida y de conservar una categoría de dependencia ligera, incluso con un diagnóstico de enfermedad crónica. La familia es un apoyo fundamental para los adultos mayores participantes, con un impacto significativo en su vida cotidiana y calidad de vida. Además, puede ser una fuente crucial de apoyo emocional, brindando ánimo y motivación en actividades ocupacionales que contribuyen a mejorar su autonomía y bienestar⁽²⁹⁾.

Dentro de los hallazgos, sociodemográficos se detalla que hubo diferencia según la localidad, en cuanto a la funcionalidad principalmente por la infraestructura (ventilación, zonas de caminatas y recreación), esto se asemeja a lo documentado por García Ballesteros⁽⁴²⁾, y es la concentración de las personas mayores en espacios cerrados relativamente reducidos, lo que reducen su campo de actividades, esto puede ocasionar la perdida de la capacidad funcional es decir, el paso de la independencia a la dependencia y en general a una menor movilidad, a un comportamiento cotidiano más rutinario y repetitivo de los comportamientos espaciales y se articula con lo pronunciado Méndez⁽³⁰⁾, ciudades amigables con las personas mayores.es la forma en que las personas se relacionan y se apropien del entorno es una parte importante de la calidad de vida en los espacios urbanos, además se mostró que para sur América Colombia es un País que no ha mostrado cambios en este aspecto lo que genera una oportunidad de promover desde las ciudades este aspecto.

Así mismo los adultos mayores participantes son viudos o solteros, su nivel educativo fue primaria y dependen del subsidio del estado o de la familia, esto podría repercutir en la alta probabilidad de mantener insatisfechas sus necesidades básicas e impactar en la calidad de vida, este aspecto económico del adulto mayor fue estudiado por Damián en México donde se observan similitudes con este estudio al depender los adultos mayores del subsidio del estado, sin embargo, se muestra que el valor recibido no suple los requerimientos del adulto mayor y mostró deterioro en el poder adquisitivo del hogar donde habita el adulto mayor conllevando a mantener un nivel económico bajo⁽³¹⁾.

La baja economía repercuten en tener menos tiempo de ocio o de autonomía y estas últimas en la calidad de vida como lo documentó Contreras-Hernández⁽³²⁾. Así mismo este autor menciona que la percepción de calidad de vida, se podría asociar con la práctica de actividades recreativas donde no solo realizan actividades físicas, sino también interactúan con personas de su misma edad, con problemas similares, comparten espacios, se sienten escuchados como parte de pertenecer a un grupo social.

Por lo anterior el apoyo social ha venido mostrando fuerza en la dinámica de los adultos mayores, el estar en centros o instituciones donde logran interactuar con el otro, ha demostrado que genera impacto positivo para mantener su funcionalidad en las

actividades de la vida diaria como lo documentó Bhatia et al⁽³³⁾, los adultos mayores con promedio de edad de 73 años, se observó que las puntuaciones más altas estuvieron en contar con redes sociales que se asociaron con una mayor proporción de tiempo que los participantes vivieron "sanos y capaces" y con esperanza de vivir, es decir, años de vida totales vividos sin discapacidades y saludables.

Así mismo Wickramasinghe et al⁽³⁴⁾, reportó que las puntuaciones medias de los componentes físico, la conexión y el apoyo sociales son los principales determinantes de la salud y el bienestar de los adultos mayores, y actúan como amortiguadores contra las deficiencias fisiológicas y conductuales que experimentan en la vejez y fomentan la calidad de vida eran más altas entre los adultos mayores no institucionalizados que entre los institucionalizados⁽³⁵⁾. En cuanto a cambios en la funcionalidad que tiende a desarrollar dependencia con las actividades de la vida diaria se mostró que se encuentran en las categorías de moderada y severa, esto, también fue expuesto por Villalobos⁽³⁶⁾ y Edjolo et al⁽³⁷⁾, que documentaron una fuerte asociación entre el paso de los años en los adultos mayores con la dependencia funcional.

Según lo propuesto por Oliveira, Nossa y Mota-Pinto⁽³⁸⁾, las personas mayores tienden a aumentar la dependencia y se dificulta la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, dado el compromiso de los cambios deletéreos orgánicos y fisiológicos asociados al envejecimiento, lo cual repercute negativamente en la eficiencia motora durante la ejecución de las tareas. Por lo tanto, mantener una actividad física regulada en la población adulta mayor incrementa 2.53 veces la probabilidad de estar en la categoría de dependencia ligera, además de fomentar la calidad de vida, como lo evidenció esta investigación.

Estos hallazgos están en línea con los estudios de Arrieta et al⁽³⁹⁾, Lam et al⁽⁴⁰⁾, y Hewitt⁽⁴¹⁾, quienes argumentan que la actividad física de baja intensidad puede mejorar la capacidad funcional, y que la actividad física de intensidad moderada ha demostrado ser efectiva en las personas mayores.

En relación con las localidades, se podría afirmar que en la localidad 1 se mostraron personas mayores con menores porcentajes de dependencia y en la localidad 3 el 62.2% (28/45) son independientes.

Dentro de las limitaciones potenciales podría ser el tiempo en años de asistir al centro de vida, al sentirse conforme con lo que se le brinda según la legislación que regula los centros de bienestar, lo cual podría llevar a incidir en las respuestas emitidas, otra limitante podría ser que solo se tuvo en cuenta el componente cuantitativo que podría ser modificado según criterios de percepción, lo que fomenta la necesidad de desarrollar una metodología cualitativa donde las voces de los diferentes actores que participan en los centros de bienestar muestren sus percepciones en relación con la incorporación de la política pública de envejecimiento y vejez 2021-2030.

Recomendaciones: se sugiere explorar la percepción de las personas mayores en relación con el apoyo familiar y social y cuales pudieran ser las barreras o facilitadores para la adherencia en las actividades que fomentan el envejecimiento activo.

Así mismo se hace relevante contar con un equipo interdisciplinario en salud que al ingreso de los adultos mayores al centro de bienestar logre identificar la condición del adulto mayor y realizar el tamizaje temprano para orientarlo según los lineamientos

establecidos en la política pública de envejecimiento y vejez y lograr responder al desafío mundial de mantener el envejecimiento activo en la población mayor.

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación proporcionan evidencia del impacto positivo que tiene fomentar la capacidad funcional y el apoyo social para mantener el envejecimiento activo que impacta en la calidad de vida de las personas mayores que asisten a centros de bienestar. Sin embargo, se evidenció que aun los centros de bienestar que fueron parte de este estudio no cuentan con programas sincronizados a las necesidades presentadas de los adultos mayores.

Por otro lado, se mostró como el apoyo social desde la familia cuando esta tiene un rol activo en las actividades del adulto mayor, como acompañarlo en el seguimiento médico, mantener la adherencia al tratamiento y cambios en su nutrición podría mejorar el bienestar psicológico y, en consecuencia, aumentar el porcentaje en el ítem de calidad de vida, lo que hace necesario incorporar a la familia en las actividades y responsabilidad de los adultos como requisito en los centros de bienestar.

De otra parte, está el fomento de redes de apoyo y propuestas de días de espacios saludables a través de convenios con sectores ambientales y deportivos donde se les garantice el desplazamiento, la nutrición y cuidado en cada salida desde los centros de bienestar.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2):74–105.
2. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos. Santiago; 2018.
3. OMS. Temas de Salud. 2024 [cited 2025 Jan 14]. Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Available from: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
4. Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Rev Investig Psicol. 2017;16(1):233–45.
5. Arteaga Noriega A, Cogollo Jiménez R, Muñoz Monterroza D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. Revista CUIDARTE. 2017 May 1;8(2):1668.
6. Mendoza-Núñez VM, Flores-Bello C, Correa-Muñoz E, Retana-U Galde R, Ruiz-Ramos M. Relationship between social support networks and diabetes control and its impact on the quality of life in older community-dwelling Mexicans. Nutr Hosp. 2016 Nov 29;33(6).
7. Pranata S, Wulandari H. A concept analysis of Self-management among diabetes mellitus. Int J Nurs Health Serv. 2021;4(3):356–67.
8. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. The Lancet. 2015 Feb;385(9967):549–62.
9. Moreno M, Gutiérrez M, Ramírez L, Barrera O. ¿Qué significa la discapacidad? Aquíchan. 2006;6(1).

10. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidade e fatores associados em idosos de San Juan de Pasto, na Colômbia. *Revista Ciencias de la Salud*. 2018 Jan 31;16(1):114–28.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. *Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031*. Bogotá; 2021.
12. CEPAL. Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. In: *Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe* [Internet]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2022 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
13. Gallardo-Peralta L, Conde-Llanes D, Córdova-Jorquera I. Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*. 2016;27(3):104–8.
14. Cerquera AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Delgado Porras MP. Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Diversitas*. 2018 Jul 1;13(2):215–27.
15. Baracaldo H, Naranjo A, Medina V. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos* [Internet]. 2019 [cited 2024 Sep 29];30(4):163–6. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n4/1134-928X-geroko-30-04-163.pdf>
16. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA Da, Carrapato JLF, Sanine PR, et al. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. *Rev Saude Publica*. 2020 Jan 21; 54:6.
17. Veiga de Cabo J, Fuente Díez E de la, Zimmermann Verdejo M. Medicina y seguridad del trabajo. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 1952 [cited 2025 Jan 14];54(210):81–8. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso&tlang=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso&tlang=es&script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso&tlang=es)
18. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022 Apr 12; 46:1.
19. Colombia M de S. Tests de valoración integral: Instrumentos [Internet]. Bogotá; 2018 [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-instrumentos-valoracion-ruta-promocion.pdf>
20. Schwartz KI, Zapata-Vega MI, Mezzich JE, Mazzotti G. Validation study of the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) in a Peruvian sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006 Mar;28(1):24–8.
21. Jatuff J, Zapata M, Montenegro R, Mezzich J. El Índice Multicultural de Calidad de Vida en Argentina: un estudio de validación. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2007 [cited 2024 Sep 29];35(4):253–8. Available from: <https://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/4774/Jatuff.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Bulacio J, Vieyra M, Álvarez C, Benatui B, Mongiello E. Índice de Calidad de Vida: Validación en una muestra Argentina. *Rev Argent Clín Neuropsiquiatr* [Internet]. 2004 [cited 2024 Sep 29];11(4). Available from: https://www.alcmeon.com.ar/11/44/04_bulacio.htm
23. Herrera A, Cogollo Z, Pulido E, Ramírez D, Vargas M. Confiabilidad de la escala quality of life index (QLI-Sp), en pacientes hemodializados de dos unidades renales

en Cartagena [Internet] [Departamento de Investigación]. [Cartagena]: Universidad de Cartagena; 2008 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://hdl.handle.net/11227/3160>

24. Londoño N, Rogers H, Castilla J, Posada S, Ochoa N, Jaramillo M, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int J Psychol Res* [Internet]. 2018 [cited 2024 Sep 29];5(1):142–50. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>

25. Valderrama E, Pérez J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1997 [cited 2024 Sep 29];32:297–306. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8807053>

26. Fontana Fortuny C, Estany Almirall J, Pujol Salud J, Segarra Solanes I, Jordan Gómez Y. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enferm Clin*. 2002 Jan;12(2):47–53.

27. Mbah AK, Paothong A. Shapiro–Francia test compared to other normality test using expected *p* -value. *J Stat Comput Simul*. 2015 Oct 13;85(15):3002–16.

28. Uhm T, Yi S. A comparison of normality testing methods by empirical power and distribution of *P* -values. *Commun Stat Simul Comput*. 2023 Sep 2;52(9):4445–58.

29. Avellí J, Boada A, Contel C, et al. Model del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) de l'atenció primària i comunitària (APiC) [Internet]. Barcelona; 2022 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://salutweb.gencat.cat/apic>

30. Méndez Espinosa L del C. Ciudades amigables con las personas mayores: Un acercamiento a las Políticas Públicas relacionadas con las personas mayores y análisis crítico de su aplicación a comunas de Chile [Internet] [Tesis de maestría]. [Santiago]: Universidad Diego Portales; 2021 [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://repositoriobiblioteca.udp.cl/TD001062.pdf>

31. Damián A. Seguridad social, pensiones y pobreza de los adultos mayores en México. *Acta Sociológica*. 2016 May;70:151–72.

32. Contreras Hernández V. Reflexiones necesarias acerca de las actividades recreativas para beneficiar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2021 Oct 1.

33. Bhatia R, Hirsch C, Arnold AM, Newman AB, Mukamal KJ. Social networks, social support, and life expectancy in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023 Aug;111:104981.

34. Wickramasinghe A, Gamage M, Torabi MR, Perera B. Impact of perceived social support and physical fitness on quality of life of institutionalized and non-institutionalized older adults in Sri Lanka. *Dialogues in Health*. 2022 Dec;1:100079.

35. Chen Y, Li W, Zhang X, Cheng H, Tian Y, Yang H. Association between social capital and quality of life in older adults with subjective cognitive decline: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*. 2024 Feb;75:151773.

36. Villalobos Ditrans P. Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Rev Med Chil*. 2019;147(1):83–90.

37. Edjolo A, Proust-Lima C, Delva F, Dartigues JF, Pérès K. Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *Am J Epidemiol*. 2016 Feb 15;183(4):277–85.

38. Oliveira A, Nossa P, Mota-Pinto A. Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Acta Med Port*. 2019 Oct 1;32(10):654–60.

39. Arrieta H, Rezola-Pardo C, Zarrazquin I, Echeverria I, Yanguas JJ, Iturburu M, et al. A multicomponent exercise program improves physical function in long-term nursing home residents: A randomized controlled trial. *Exp Gerontol.* 2018 Mar;103:94–100.

40. Lam FM, Chan PF, Liao L, Woo J, Hui E, Lai CW, et al. Effects of whole-body vibration on balance and mobility in institutionalized older adults: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2018 Apr 11;32(4):462–72.

41. Hewitt J, Goodall S, Clemson L, Henwood T, Refshauge K. Progressive Resistance and Balance Training for Falls Prevention in Long-Term Residential Aged Care: A Cluster Randomized Trial of the Sunbeam Program. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Apr;19(4):361–9.

42. García Ballesteros, A y Jiménez Blasco, B. Envejecimiento y urbanización: implicaciones de dos procesos coincidentes. 2016, n.89, págs.58-73. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0188-46112016000100058&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2448-7279. [Https://doi.org/10.14350/rig.47362](https://doi.org/10.14350/rig.47362).