



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“CALIDAD DE VIDA SEGÚN PARTICIPACIÓN SOCIAL EN UNA MUESTRA DE  
PERSONAS ADULTAS MAYORES DE ATE”**

**MARÍA DEL PILAR MORE VELÁSQUEZ**

LIMA 2016

## **AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA**

Mi agradecimiento en primer lugar a Dios, quién me ha dado la oportunidad de estudiar y poder desarrollarme profesionalmente, y principalmente como persona; a la Virgen María, quién es mi guía y compañera día a día.

A Juan Carlos, mi papá, hermano, amigo y cómplice de mis retos y objetivos. Por su amor, su amistad y entrega por nosotros, sus hijos.

A Rosario, Carlos, Miguel y JA, mis hermanos, con quienes comparto día a día experiencias y aprendizajes.

A Zenaida, por haberme permitido tener un acercamiento con las personas del grupo “Vida Ascendente”, en la Parroquia Nuestra Señora de la Esperanza, y a aquellas personas adultas mayores, que de manera individual me brindaron su apoyo para el desarrollo de la presente.

A mis profesores, que en transcurso de la carrera nos han nutrido de experiencias y conocimientos, en especial a Profesor Dante Gazzolo, por su asesoría en el presente trabajo.

Dedico esta investigación a aquellas personas llenas de sabiduría adquirida a través de los años, en especial a mis abuelos: Bernabé (Q.P.D.), Victoria, Antonia y Maximiliano, quienes aportaron en mi formación personal, valores, moral y fe católica.

## **RESUMEN**

La presente investigación plantea que hay diferencias en la calidad de vida, según la participación social, en personas adultas mayores. Considerando 60 participantes para la muestra de personas adultas mayores del distrito de Ate, de las cuales 30 personas participan en un grupo social de la Parroquia Nuestra Señora Esperanza en Salamanca, y las otras 30 personas que no participan de algún grupo social.

Se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida Whoqol – Bref, por el cual se pudo calcular los niveles de calidad de vida en ambos grupos, como así mismo, confirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas como se había considerado.

Términos clave: Calidad de vida, participación social, adulto mayor.

## **ABSTRACT**

The following study aims to show the differences in life quality in relation to social participation among elders. The study counted with the participation of 60 elders from Ate district in Lima, Peru. The first group consisted of 30 elders, who participate in a social group in Nuestra Sra. de la Esperanza parrish. The second group consisted of 30 elders who did not participate in any social group. The Whoqol - Bref Life Quality test was used to measure different levels of life quality in both groups.

At the same time, it helped to determinate differences in: social environment, relations, physical health and mental health, it also helped to confirm that there aren't statistically significant differences like it was considered before.

Key words: Quality of life, social participation, elder.

## PRESENTACIÓN

Motivada por la importancia que tiene la calidad de vida en las personas adultas mayores, se realizó la siguiente investigación, considerando conocer si la calidad de vida de personas adultas mayores se diferencian entre las personas que participan de algún grupo social, que de aquellas personas que por diversos motivos no son partícipes de algún grupo social.

Cabe mencionar que el tema de adultos mayores llamó la atención, debido al crecimiento poblacional que se presenta hoy en día, como asimismo, los medios y recursos básicos que se consideran para llevar una vida adecuada, según las necesidades que se van presentando a través de la edad, enfocando la presente investigación en el aspecto social y cuanto ello podría influenciar en los índices de calidad de vida.

Así, en el primer capítulo, se realiza el planteamiento del estudio, desarrollando la formulación del problema, el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación, como la importancia y justificación del tema presentado. Asimismo se considera las limitaciones que se presentaron para el estudio realizado.

En el segundo capítulo, se expone el marco teórico por el cual se respalda la investigación, asimismo se considera las investigaciones relacionadas al tema, en lo que respecta a calidad de vida en adultos mayores. También se presenta la base teórica – científica del estudio, como las definiciones de los términos básicos, considerando: Adultez mayor, calidad de vida y participación social.

En el tercer capítulo, se indican los supuestos científicos básicos, como asimismo se elaboran las hipótesis y se mencionan las áreas de análisis.

En el cuarto capítulo, se presenta el método aplicado para el estudio, detallando el diseño de investigación, la población de estudio, composición de la muestra, también la técnica e instrumento de recolección de datos, como la técnica de procesamiento y análisis de datos realizado.

En el quinto capítulo, se muestran los resultados obtenidos mediante tablas estadísticas, las cuáles plasman los datos que fueron analizados a través de la Prueba de Comparaciones Múltiples. Asimismo, se manifiesta la discusión de los mismos.

En el sexto capítulo, se detalla el resumen del estudio realizado, las conclusiones generales y específicas, y recomendaciones para la mejora del problema planteado.

Al finalizar, se indican las referencias bibliográficas en el formato APA, y el anexo, en el cuál se muestran tablas adicionales de datos específicos complementarios, como asimismo, el Cuestionario de Calidad de Vida Whoqol – Bref, aplicado a la muestra de la presente investigación.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	4
<b>PRESENTACIÓN</b>	5
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO</b>	
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo General	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
1.3 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	18
1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	21
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA	22
2.2 BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS DEL ESTUDIO	24
2.2.1 Calidad de vida	24
2.2.1.1 Definición	24
2.2.1.2 Calidad de vida en adultos mayores	27
2.2.1.3 Calidad de vida y relaciones interpersonales	31
2.2.2 Adulto mayor	33
2.2.2.1 Definición	33
2.2.2.2 Desarrollo biológico en el adulto mayor	34

a. Teorías de envejecimiento Biológico	37
2.2.2.3 Desarrollo social en el adulto mayor	38
2.2.2.4 Desarrollo psicológico en el adulto mayor	41
a. Aptitudes Cognoscitivas	41
a. Personalidad en el adulto mayor	44
2.2.3 Participación social	50
2.2.3.1 Definición	50
2.2.3.2 Participación social en adultos mayores	53
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	58
2.3.1 Calidad de Vida	58
2.3.2 Adulto Mayor	58
2.3.3 Participación Social	58
<b>CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 SUPUESTOS CIENTÍFICOS BÁSICOS	59
3.2 HIPÓTESIS	61
3.2.1 Hipótesis General	61
3.2.2 Hipótesis Específicas	61
3.3 VARIABLES DE ESTUDIO O ÁREAS DE ANÁLISIS	62
<b>CAPÍTULO IV. MÉTODO</b>	
4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	63
4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	64
4.3 MUESTRA DE INVESTIGACIÓN O PARTICIPANTES	64
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66

4.4.1 Cuestionario de calidad de vida Whoqol – 100 y el Whoqol Bref	66
4.4.1.1 Ventajas de los instrumentos WhoQol	67
4.4.1.2 Administración de los instrumentos WhoQol	68
4.4.1.3 Estructura del WhoQol – Bref	68
4.4.1.4 Evaluación	69
4.4.1.5 Validez y Confiabilidad	71
4.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	72
<b>CAPÍTULO V.RESULTADOS OBTENIDOS</b>	
5.1 PRESENTACIÓN DE DATOS GENERALES	73
5.2 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	82
5.3 INTERPRETACIÓN O DISCUSIÓN DE RESULTADOS	97
<b>CAPÍTULO VI.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
6.1 CONCLUSIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS	100
6.2 RECOMENDACIONES	101
<b>REFERENCIAS</b>	103
<b>ANEXOS</b>	107



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Composición de la muestra según participación social</i>	65
<b>Tabla 2.</b> <i>Composición de la muestra según edad</i>	65
<b>Tabla 3.</b> <i>Composición de la muestra según sexo</i>	65
<b>Tabla 4.</b> <i>Composición de la muestra según estado civil</i>	66
<b>Tabla 5.</b> <i>Composición de la muestra según grado de instrucción</i>	66
<b>Tabla 6.</b> <i>Cuestionario de Calidad de Vida WhoQol – Bref - dominios</i>	71
<b>Tabla 7.</b> <i>Coeficiente alfa de Cronbach - análisis psicométrico general</i>	71
<b>Tabla 8.</b> <i>Prueba de normalidad Shapiro – Wilk de los puntajes directos de calidad de vida entre personas adultas mayores que participan en un grupo social y personas adultas mayores que no participan en un grupo social.</i>	74
<b>Tabla 9.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - total de la muestra que no participan socialmente</i>	75
<b>Tabla 10.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - total de la muestra que no participan socialmente</i>	75
<b>Tabla 11.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio salud física de la muestra que no participan socialmente</i>	76
<b>Tabla 12.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio salud física de la muestra que participan socialmente</i>	77
<b>Tabla 13.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio psicológico de la muestra que no participan socialmente</i>	78
<b>Tabla 14.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio psicológico de la muestra que participan socialmente</i>	78
<b>Tabla 15.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida – dominio relaciones sociales de la muestra que no participan socialmente</i>	79

<b>Tabla 16.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida – dominio relaciones sociales de la muestra que participan socialmente</i>	80
<b>Tabla 17.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida – dominio entorno de la muestra que no participan socialmente</i>	81
<b>Tabla 18.</b> <i>Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio entorno de la muestra que participan socialmente</i>	81
<b>Tabla 19.</b> <i>Comparación de medias por participación social en relación al índice de calidad de vida</i>	82
<b>Tabla 20.</b> <i>Comparación de medias por participación social en el dominio salud física</i>	82
<b>Tabla 21.</b> <i>Comparación de medias por participación social en el dominio psicológico</i>	83
<b>Tabla 22.</b> <i>Comparación de medias por participación social en el dominio relaciones sociales</i>	83
<b>Tabla 23.</b> <i>Comparación de medias por participación social en el dominio entorno</i>	84
<b>Tabla 24.</b> <i>Comparación de medias por edad en relación al índice de calidad de vida</i>	84
<b>Tabla 25.</b> <i>Comparación de medias por edad en el dominio salud física</i>	85
<b>Tabla 26.</b> <i>Comparación de medias por edad en el dominio psicológico</i>	86
<b>Tabla 27.</b> <i>Comparación de medias por edad en el dominio relaciones sociales</i>	86
<b>Tabla 28.</b> <i>Comparación de medias por edad en el dominio entorno</i>	87
<b>Tabla 29.</b> <i>Comparación de medias por estado civil en relación al índice de calidad de vida</i>	87

<b>Tabla 30.</b> <i>Comparación de medias por estado civil en el dominio salud física</i>	88
<b>Tabla 31.</b> <i>Comparación de medias por estado civil en el dominio psicológico</i>	88
<b>Tabla 32.</b> <i>Comparación de medias por estado civil en el dominio relaciones sociales</i>	89
<b>Tabla 33.</b> <i>Comparación de medias por estado civil en el dominio entorno</i>	89
<b>Tabla 34.</b> <i>Comparación de medias por sexo en relación al índice de calidad de vida</i>	90
<b>Tabla 35.</b> <i>Comparación de medias por sexo en el dominio salud física</i>	90
<b>Tabla 36.</b> <i>Comparación de medias por sexo en el dominio psicológico</i>	91
<b>Tabla 37.</b> <i>Comparación de medias por sexo en el dominio relaciones sociales</i>	91
<b>Tabla 38.</b> <i>Comparación de medias por sexo en el dominio entorno</i>	92
<b>Tabla 39.</b> <i>Comparación de medias por grado de instrucción en relación al índice de calidad de vida</i>	92
<b>Tabla 40.</b> <i>Comparación de medias por grado de instrucción en el dominio salud física</i>	93
<b>Tabla 41.</b> <i>Comparación de medias por grado de instrucción en el dominio psicológico</i>	94
<b>Tabla 42.</b> <i>Comparación de medias por grado de instrucción en el dominio relaciones sociales</i>	95
<b>Tabla 43.</b> <i>Comparación de medias por grado de instrucción en el dominio entorno</i>	96

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

El envejecimiento de la población es un tema de mucha importancia para la sociedad peruana actual, en la cual habitan 3,011,050 personas adultas mayores, quienes comprenden la edad de 60 años a más (INEI, 2015).

Dicho envejecimiento de la población peruana es relativamente reciente y viene dando lugar a una serie de modificaciones sociales, económicas y culturales, que terminan afectando las condiciones y calidad de vida de las personas adultas mayores, especialmente de aquellas que viven en condiciones de pobreza y exclusión, constituyendo un grupo social expuesto a situaciones de desigualdad, dependencia y

vulnerabilidad (Normatividad Nacional sobre los Derechos de las personas adultas mayores, Cáritas, 2012).

Asimismo, se conoce que la persona adulta mayor va contemplando un desarrollo relativamente pasivo e independiente en cuanto a sus funciones y necesidades a comparación de la vida activa y enérgica que podía tener años anteriores. Por ello mismo, la calidad de vida debería ser la adecuada, manteniendo buenos niveles de satisfacción en cuanto a los aspectos: Salud, psicológico, entorno social y entorno ambiental.

Cabe mencionar que se reconoce la importancia que tiene la función de las familias, los voluntarios, las comunidades, las organizaciones de personas de edad y otras organizaciones de base comunitaria para prestarles apoyo y cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos. (Normatividad Nacional sobre los Derechos de las personas adultas mayores, Cáritas, 2012).

Es de suma importancia concientizar a la sociedad sobre el bienestar de la Población adulta mayor, y de lo que ello implica a futuro; esto, basándose por lo descrito en la Ley N° 28803, Ley de las personas adultas mayores, Artículo 1° que como objeto de la Ley se tiene que dar un marco normativo que garantiza los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las personas adultas mayores, para mejorar su calidad de vida y lograr su integración plena al desarrollo social, económico, político

y cultural de la sociedad, contribuyendo al respeto de su dignidad (Normatividad Nacional sobre los derechos de las personas adultas mayores, 2012).

Según lo descrito en el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 - 2017, el Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 60 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. CEPAL considera que para la región de América Latina la Población adulta mayor, pasó de apenas un 5.6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. En el contexto de América Latina, el Perú aparece con un crecimiento de Población adulta mayor de 8.76% al año 2010.

Además, en el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 - 2017, se considera que debe tenerse en cuenta que los servicios especializados en geriatría y gerontología, sólo existen en las grandes ciudades del país y no tienen la capacidad para atender estos nuevos requerimientos que plantea el proceso de envejecimiento demográfico.

Asimismo, las condiciones económicas de la población adulta mayor están caracterizadas por las dificultades para encontrar empleo en el sector formal de la economía, así como por descensos en sus niveles de productividad e ingreso, lo que puede conducirlos a un alejamiento definitivo de las actividades laborales y hacerlos

totalmente dependientes del sistema de seguridad social. Esta situación, es particularmente compleja pues una importante proporción de personas adultas mayores no disponen de ingresos de pensiones o jubilaciones, o son absolutamente insuficientes, ni tampoco cuentan con un empleo remunerado, sobre todo en las zonas rurales del país, lo que agrava su vulnerabilidad económica y social. En este contexto de insuficiencias y desigualdades, la familia y las redes de apoyo familiar se constituyen en una fuente importante de apoyo y cuidado en la vejez. (Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017; 2013)

En el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 – 2017, se indica que el proceso de envejecimiento cambiará sustancialmente las relaciones familiares y sociales, así como las relaciones de género e intergeneracionales, por lo que la sociedad, deberá estar preparada para brindar una atención adecuada a las personas adultas mayores y posibilitar que continúen siendo actores sociales importantes en el desarrollo de su comunidad, asegurando su condición de ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, y garantizando que lleven una vida digna y segura, especialmente los más pobres.

El envejecimiento saludable entendido como la mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad. (Plan Nacional de personas adultas mayores 2013 – 2017).

Debido a esto, podría considerarse el aporte de la participación en grupos sociales para la calidad de vida de las personas adultas mayores, ya que en ellos, intervienen y comparten en distintas actividades con sus pares, intercambiando experiencias propias

de la edad. Lo cual podría generar un nivel de satisfacción mayor en cuanto a la percepción de la calidad de vida.

Por ello, esta investigación estará respondiendo a la interrogante:

¿Se diferencia los índices de la calidad de vida según la participación social en una muestra de personas adultas mayores del distrito de Ate?

## 1.2. Objetivos

### 1.2.1. Objetivo General

- Comparar la calidad de vida en adultos mayores de Ate que participan en un grupo social, de aquellos que no participan en algún grupo social.

### 1.2.2. Objetivo Específicos

- Comparar la calidad de vida en adultos mayores que participan en un grupo social, de aquellos que no participan en un grupo social, según el rango de edades.
- Comparar la calidad de vida en adultos mayores que participan en un grupo social, de aquellos que no participan en un grupo social, según el género.
- Comparar la calidad de vida en adultos mayores que participan en un grupo social, de aquellos que no participan en un grupo social, según el estado civil.



- Comparar la calidad de vida en adultos mayores que participan en un grupo social, de aquellos que no participan en un grupo social, según el grado de instrucción.

### 1.3. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 – 2017, menciona que debe considerarse también, que las personas que ahora tienen 60 a más años de edad, pertenecen a una generación donde el analfabetismo y la baja escolaridad fueron una característica permanente durante varias décadas. Aún hoy, una importante proporción de este grupo poblacional continúa sin saber leer y escribir, lo cual no solamente les impide alcanzar objetivos preventivos en distintos ámbitos y aspectos de su vida, como por ejemplo en salud y en el cuidado de su propia seguridad, sino que también les resta oportunidades para elevar su bienestar y calidad de vida (Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 – 2017, 2013).

En la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores (2013), se manifiesta que el desconocimiento que tiene la población sobre los problemas del envejecimiento y la vejez, genera prejuicios sociales acerca de este proceso, lo cual condiciona otro problema a las personas adultas mayores como las dificultades para su participación social y su integración plena a la sociedad.

Asimismo, la sociedad no valora debidamente las habilidades y experiencias ganadas por las personas adultas mayores a lo largo de su vida en diferentes aspectos y peor

aún, las nuevas generaciones no reciben este nuevo bagaje y no se beneficia la comunidad con un proceso de transmisión y acumulación de conocimiento.

La dinámica actual de un mundo globalizado y el afán de progreso permanente que caracteriza a sociedades como la nuestra, se traduce muchas veces en la necesidad de actuar a un ritmo apresurado que algunos grupos sociales, como las personas adultas mayores, difícilmente pueden mantener con lo que, generalmente, quedan excluidos sino marginados, y sin participar en la dinámica de la sociedad.

La escasa o nula participación de las personas mayores no solamente resulta negativa para ellos mismos sino también para la sociedad en su conjunto, que necesita del aporte de todos sus miembros y sobre todo de la experiencia de aquellos para construir una sociedad más justa y solidaria, en donde todas las generaciones ocupen su lugar (Política Nacional en relación a las personas adultas mayores, 2013).

Según la Política Nacional en relación a las personas adultas mayores, es importante, por tanto, propiciar la práctica y el desarrollo de la participación de las personas adultas mayores tanto a nivel individual como asociativo, en los diferentes campos y actividades de la vida social, y también en las distintas fases de la formulación y seguimiento de programas específicos orientados a su propio beneficio.

Desde la perspectiva de una política para las personas adultas mayores, la educación debe permitir superar los prejuicios sociales acerca de la vejez y favorecer la integración social y participación plena de las personas adultas mayores.

Se trata, por tanto, de promover una cultura de respeto y valores hacia los mayores, que debe empezar desde etapas tempranas de la niñez donde se empiezan a construir metas de vida para lograr un envejecimiento activo que implique seguir participando

en la familia y en la sociedad, lo cual fortalece relación intergeneracionales con dignidad e independencia (Política Nacional en relación a las personas adultas mayores, 2013).

En conclusión, tomando como referencia demográfica, lo dicho por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para Perú, en el año 2050, uno de cada cuatro peruanos será adulto mayor.

Considerando que en la actualidad el mayor porcentaje de la población está representado por los jóvenes entre 10 a 24 años de edad, pero “los jóvenes de ahora, serán los adultos mayores del mañana”. A los cuales les tocará enfrentar un envejecimiento demográfico en las próximas décadas, debido a la baja fecundidad y alta migración que evidenciará el Perú. ¿El Perú estará preparado para este crecimiento de población encabezado por los adultos mayores?, el Fondo de Población de las Naciones Unidas para Perú, indicó que ni la política ni los bajos índices de alfabetización representan barreras tan grandes como las costumbres y prácticas sociales de las comunidades (Diario Gestión, 2014).

Por ello, la presente investigación ha sido realizada con el fin de aportar a estudios en cuanto a la población adulta mayor, de tal manera que se puede concientizar a la sociedad actual sobre la importancia y el interés que se debe expandir respecto al desarrollo formación y conocimiento sobre la población adulta mayor.

#### 1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La presente investigación emite resultados que no podrán ser generalizados, los cuáles son válidos sólo para la muestra de investigación, debido a que se ha utilizado un muestreo no probabilístico de tipo intencionado.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA**

En un estudio realizado por Del Risco (2009) se cuestiona sobre la relación existente entre el soporte social y la satisfacción vital en un grupo de individuos que asisten a un programa dirigido al adulto mayor, llevado a cabo por el municipio de un distrito de Lima Metropolitana. Para ello se aplicó una ficha de datos, el inventario de entrevista del soporte social de Arizona, la escala de satisfacción con la vida y un cuestionario de satisfacción por áreas. Lo cual dio como resultado que el soporte social juega un rol importante al determinar el nivel de satisfacción vital durante el envejecimiento.

En un estudio realizado por Manrique (2014) se buscó estudiar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la esperanza en adulto mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana. Se aplicó la una ficha sociodemográfica y la escala de esperanza de Herth Revisada (HHS-R). Los resultados indicaron que existe una mayor calidad de vida relacionada con la salud, en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. Asimismo, resulta que el soporte optimista/espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo. Por otro lado, se halla relaciones significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la CVRS, especialmente con el componente mental.

En un estudio realizado por Vera (2007) se tuvo como objetivo comprender el significado que la expresión lingüística ‘calidad de vida del adulto mayor’ tiene para el adulto mayor y para su familia. Dicho estudio fue realizado por observación directa. Los resultados mostraron que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

En un estudio realizado por García (2008) se pretendió medir el bienestar del adulto mayor con una visión más amplia, en el sentido de incluir tanto indicadores objetivos

como subjetivos; y demostrar que este bienestar depende tanto de los recursos, como de los factores de conversión con los que cuenta el adulto mayor, los cuales pueden potenciar o acentuar el logro de funcionamientos. Los resultados mostraron que los adultos mayores con características diferenciadas requerirán de diferentes cantidades de recursos para lograr los mismos funcionamientos, esto subraya que para que el adulto mayor logre un bienestar adecuado debe tomarse en cuenta tanto los recursos como las características personales relevantes que logran la conversión de sus recursos en logros de funcionamientos.

En un estudio realizado por Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) se tuvo como propósito conocer la relación entre las variables (soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa) que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ligadas al género en personas adultas mayores costarricenses. En dicho estudio se concluyó que la calidad de vida (soporte social, autonomía y salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física.

## 2.2. BASES TEÓRICO - CIENTÍFICAS DEL ESTUDIO

### 2.2.1. Calidad de vida

#### 2.2.1.1. Definición

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término calidad de vida en variados contextos. Primero se le da al término un

carácter biologicista y luego mediante otros estudios se prueba el cruce de la salud con el bienestar social y la calidad de vida colectiva e individual, y la salud deja de ser un problema médico y se convierte en un proyecto social. La OMS concibe la calidad de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales está en relación con sus objetivos y expectativas; patrones y preocupaciones (Quintanar, 2010).

La OMS manifiesta: Desde que en 1987, la Organización Mundial de la Salud, definió la salud, no como la ausencia de enfermedades, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social; el estudio de la Calidad de vida como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, ha reclamado una especial atención. Por otro lado, se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En ese sentido se entiende como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad (Organización Mundial de la Salud, 2002, citada por Quintanar, 2010).

Según Quintanar, en este contexto que se va integrando un concepto de Calidad de vida con una serie de componentes entre los que se han destacado, el espiritual, religioso, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico. De una conceptualización que se interesa



exclusivamente al lado material del bienestar como consumo, pensar que la calidad de vida ha devenido la reflexión sobre lo humano, la vida humana y la no humana, los factores físicos, espirituales, sociales y culturales.

Así se ha llegado a una elaboración conceptual que considera la satisfacción de las necesidades materiales como elemento de gran importancia al determinar Calidad de vida, pero que no la reduce a este. Se destaca en la Calidad de vida, la espiritualidad en el momento valorativo, puesto que el bienestar pleno es posible en los marcos de una vida con sentido que ofrece el sistema de valores que el hombre porta en el contexto de su sociedad y cultura (Quintanar, 2010).

El uso cotidiano de la noción <<calidad de vida>> se asocia en la actualidad a un heterogéneo abanico de aspiraciones individuales y colectivas: Vivir bien, estar bien, tener buen nivel de vida, tener bienestar, estar satisfecho, ser feliz; e incluso hay quien lo asocia con una vida más o menos lujosa, confortable, adinerada, etc.

IMSERSO alegó que la Calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada ámbito de la vida, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro (IMSERSO, citado en Guía Calidad de vida en la Vejez, 2011).

Según Güell y Morante, la calidad de vida es un concepto amplio, totalmente subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales (Güell y Morante, citado en Condiciones Sociales y Calidad de vida en el adulto mayor, 2011).

Por contraste, muchos estudios vienen refiriendo la calidad como la relación entre una realidad y unos propósitos o aspiraciones (llámense objetivos, situaciones ideales o niveles óptimos deseables). Cuando estos propósitos son compartidos colectivamente, se observa referentes más o menos estandarizados, comunes a un conjunto de personas y se puede hablar de calidad de vida social (Pinazo y Sánchez, 2005).

#### 2.2.1.2. Calidad de vida en adultos mayores

Fernández Ballesteros enfatiza teórica y empíricamente las condiciones que integran el concepto de calidad de vida en las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes que inciden en los adultos mayores, como son la autonomía, el género, la edad o la posición social. Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida, con el estado de salud del individuo y concreta en la multidimensionalidad factores personales tales como: La salud (tener una buena salud), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), las condiciones

económicas (tener una buena pensión), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos), la actividad (mantenerse activo), los servicios sociales y sanitarios, la calidad en el propio domicilio y en el contexto inmediato (tener una vivienda buena y cómoda, y calidad de medio ambiente), la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida) y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas) (Fernández y Ballesteros, 2007, citado en Condiciones Sociales y Calidad de vida en el adulto mayor, 2011).

Solano manifestó que en relación con la calidad de vida del adulto mayor sugiere que el envejecimiento del organismo no sólo es un proceso individual y colectivo, sino que éste depende en su mayoría de la sociedad, de las condiciones de vida y de los estilos de vida (Solano, 1997, citado en Condiciones Sociales y Calidad de vida en el adulto mayor, 2011).

Según Krzemien, la calidad de vida en el adulto mayor se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social, considerándose como un ser social. Se concreta que la calidad de vida del adulto mayor resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino también de

las condiciones del medio ambiente y de su representación social que tiene en una sociedad (Krzemien, 2001, citado en Condiciones Sociales y Calidad de vida en el adulto mayor, 2011).

Como alega Eamon: *“La calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida; y que se debe indagar o preguntar al adulto mayor sobre como da sentido a su propia vida en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida; para dar un concepto de calidad de vida que no es sólo multidimensional sino que también se tenga en cuenta la experiencia vital de la personal tal y como la interpreta ella misma y los demás”* (Eamon, 2003, citado por Vera, 2007).

En 1982, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Ginebra adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. En 1991, la Asamblea General adoptó los “Principios de las Naciones Unidas” a favor de las personas de edad y su calidad de vida, siendo éstos:

- a. Independencia: Que incluye el acceso a la alimentación, al agua, a la vivienda, al vestuario y a la atención sanitaria adecuada. Derechos

básicos a los que se añaden la oportunidad de un trabajo remunerado y el acceso a la educación y a la capacitación.

- b. Participación activa de los adultos mayores: En la formulación y aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar, para compartir sus conocimientos y habilidades con las nuevas generaciones y poder formar movimientos y asociaciones.
- c. El apartado titulado cuidados: Declara que las personas de edad, deberían poder beneficiarse de los cuidados de la familia, tener acceso a los servicios sanitarios y disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales, cuando residan en hogares o instituciones donde les brinden cuidados o tratamiento.
- d. El principio de autorrealización: Afirma que las personas de edad deberían aprovechar las oportunidades para poder desarrollar plenamente su potencial a través del acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- e. El principio de dignidad: Afirma que las personas de edad deberían vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y malos tratos físicos y mentales, ser tratadas dignamente, independientemente de la edad, la raza o el sexo. En resumen estos principios vienen a ser representaciones que la sociedad ha generado para que el adulto mayor tenga una buena vida, y por ende calidad de vida. (Vera, 2007)

### 2.2.1.3 Calidad de vida y relaciones interpersonales

Chappel y Strain consideran que las relaciones interpersonales y apoyo social constituyen uno de los aspectos esenciales para el bienestar subjetivo de los individuos a lo largo de todo su ciclo vital. En su estudio, se suelen identificar cuatro áreas principales: Las relaciones familiares, las relaciones sociales y de amistad, la participación en actividades de la comunidad y las relaciones personales en el entorno laboral. En lo que respecta a los adultos mayores, se mantienen las mismas áreas mencionadas a excepción de la última. Que desaparece con la llegada de la jubilación que genera, a su vez, cambios importantes en las dimensiones restantes. Sirvan de ejemplo la necesidad de adaptarse a un aumento importante de tiempo de convivencia con los miembros del grupo familiar, la desaparición de los contactos sociales facilitados por la actividad laboral y la posibilidad, a menudo desestimada por el jubilado no habituado a ello durante la etapa laboralmente activa de su vida, de participar en actividades comunitarias.

a. Las relaciones familiares: Según Lopata, durante la vejez, las relaciones familiares están sujetas a variaciones sustanciales que generan nuevos modelos de interacción, como por ejemplo, la llegada de los nietos, la muerte del cónyuge, momento en que resulta fundamental disponer del apoyo de los hijos (Lopata, 1979; citado por Pinazo y Sánchez, 2005). Con el tiempo y en caso de darse una situación de dependencia por motivos de salud y seguir habitando en domicilio familiar, las relaciones con el cuidador principal suponen a

menudo la más frecuente situación de interacción socio-afectiva para el anciano dependiente. Esta relación de ayuda implica múltiples matices positivos o potencialmente negativos, tanto para el anciano como para el cuidador, que sin duda revertirán en el bienestar y la calidad de vida de ambos.

- b. Las Relaciones sociales y de amistad: Las relaciones con amigos o conocidos y su peso en el bienestar, ha sido objeto de su estudio durante décadas. Reiteraron Chappell, Strain y Chappel, que las relaciones sociales con semejantes no pertenecientes a la familia son fundamentales y que la disponibilidad de una relación de confianza (confidente) podría ser más importante para la calidad de vida y el bienestar de los mayores que la cantidad de interacciones con familiares y amigos (Chappell, 1983; Strain y Cahppel, 1982; citados por Pinazo y Sánchez, 2005).

Parece ser que las relaciones sociales de los mayores y la satisfacción que éstas les aportan pueden variar en función de la edad y el contexto de residencia.

- c. Actividades realizadas en la comunidad: Después de la jubilación, las actividades que realiza el individuo para ocupar su tiempo adquieren una importancia destacada, en tanto que la desaparición de las obligaciones laborales conlleva la necesidad de gestionar una gran cantidad de tiempo que el jubilado debe llenar y organizar.

Fernández – Ballesteros, Zamarrón y Mariá subrayaron la importancia, no de cantidad de actividades realizadas, sino del tiempo dedicado a actividades verdaderamente significativas para el individuo. La edad y la autonomía funcional parecen resultar determinantes en el grado de realización de actividades y de participación de la gente mayor en su comunidad. Así según va incrementándose la edad y van apareciendo limitaciones funcionales, van disminuyendo, significativamente, tanto el número de actividades realizadas como la satisfacción que éstas producen. Fundamentaron, Fernández – Ballesteros, Zamarrón y Maciá, que los ancianos mayores de 80 años son los que obtienen un índice de satisfacción más bajo en este ámbito y a quienes les es más indiferente cómo ocupar su tiempo libre (Pinazo y Sánchez, 2005).

## 2.2.2. Adulto mayor

### 2.2.2.1. Definición

La adultez mayor mantiene una distinción única entre los periodos de la vida humana; como la gente vive más tiempo, la edad adulta tardía (mayor) ha incrementado su duración. Sea que marquemos el inicio del periodo a los 60, 65, o 70 años, en la actualidad hay más individuos vivos en la adultez tardía que en cualquier otro momento en la historia del mundo (Feldman, 2007).

Envejecer no es sólo un factor de la vida, sino un proceso. Desde que nacemos envejecemos, los cambios no se presentan de un día para otro,



se presentan paulatinamente mientras pasamos de una etapa a otra en dicho proceso.

El envejecimiento comprende modificaciones biológicas, psicológicas y sociales según el estilo de vida y el contexto en que se desarrolló la persona en etapas anteriores; y aparece como consecuencia del paso del tiempo. Se puede mencionar factores culturales, educativos, socioeconómicos, las actitudes, las experiencias, las expectativas y la adaptación en su diario vivir, que son diferentes y únicos, dándoles el carácter de individualidad y heterogeneidad a esta última etapa de la vida.

Envejecer probablemente sea la consecuencia de una serie de factores internos y externo, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente un debilitamiento del equilibrio que culmina con la muerte.

#### 2.2.2.2. Desarrollo biológico en el adulto mayor:

Según Cornachione (2008) nadie sabe realmente cómo y porqué las personas cambian a medida que envejecen. Algunas teorías afirman que el envejecimiento es causado por lesiones acumuladas por luz ultravioleta, por el “desgaste y deterioro” corporal, por subproductos del metabolismo y otros; mientras que otras teorías plantean el envejecimiento como un procesos predeterminado que es controlado

genéticamente. Sin embargo, ninguna teoría explica con suficiencia todos los cambios del proceso de envejecimiento, el cual es complejo y variado y cambia en la manera cómo afecta a diferentes personas y órganos.

La mayoría de las personas que estudian el envejecimiento (denominados gerontólogos) creen que el envejecimiento es el efecto acumulativo de la interacción de muchas influencias a lo largo de la vida.

A diferencia de los cambios de la adolescencia que son predecibles dentro de unos pocos años, cada persona envejece a una velocidad única. Algunos sistemas comienzan a envejecer incluso a los 30 años, mientras que otros procesos de envejecimiento no son comunes hasta mucho después. Aunque hay cambios que se presentan típicamente con el envejecimiento, ocurren en diferentes tasas y en diferentes grados. Aún en la misma persona los diferentes sistemas orgánicos “envejecen” a una velocidad diferente (Cornachione, 2008).

Timiras y Hudson, al referirse al envejecimiento biológico lo consideran una disminución de la competencia fisiológica, y Cristofalo, manifiesta que se presenta con un incremento en la vulnerabilidad a los cambios ambientales. En las definiciones sobre envejecimiento biológico se da una interrelación difícil de precisar, entre el envejecimiento, la enfermedad y la muerte (Cornachione, 2008).

En el proceso de envejecimiento es necesario distinguir dos tipos de envejecimiento:

1. Envejecimiento primario: Que abarca a los cambios irreversibles que acontecen por acción del tiempo. Este no se relaciona sólo con la vejez, sino que todos los seres humanos experimentan este tipo de envejecimiento, prácticamente desde que nacen.
2. Envejecimiento secundario: Este hace referencia a los cambios que se producen por enfermedades, que pueden o no estar asociados a la edad, se pueden evitar o remediar.

Muchas personas que están en proceso de envejecimiento, hacen todo lo posible para evitar el aspecto de personas mayores y/o viejas. Pero se da un momento de la vida, en que ya no resulta posible que se trate de disimularlos a los rasgos superficiales del envejecimiento, tales como:

1. La piel seca, resulta más fina, menos elástica y porta las manchas del envejecimiento.
2. El cabello cambia de color, aparecen las canas.
3. Se modifica la estatura, ya que la mayoría de las personas ancianas miden aproximadamente unos tres centímetros menos que en la adultez.
4. Cambio la silueta y el peso por reducción de la masa muscular.

5. Se reduce la fuerza muscular, fundamentalmente en las piernas.

Los cambios físicos que presenta el individuo a lo largo del proceso de envejecimiento biológico, no resultan ajenos a la impronta que sobre ellos ejerce la propia historia de cada hombre, la singularidad e individualidad que ella presenta, como así también, de la incidencia de los factores ambientales (Cornachione, 2008).

a. Teorías de envejecimiento biológico

Timiras, manifiesta que parece claro que hay alguna forma de programa genético que permite vivir un período máximo de tiempo, pero no más. Al envejecer, tienen lugar cambios biológicos que afectan a la capacidad de sobrevivir, es decir, de evitar los accidentes y luchar contra la enfermedad. En las personas muy ancianas, la muerte es la consecuencia no tanto de la enfermedad o accidente particular que ha acabado con su vida, sino de los deterioros biológicos relacionados con la edad que hacen que sean más propensos a las enfermedades y los accidentes. Por esta razón, en ocasiones se define el envejecimiento como ese período del ciclo vital que empieza en algún período indeterminado después de la madurez y que, después de un declive progresivo en la competencia funcional y un aumento en la susceptibilidad a la enfermedad, acaba en la muerte (Como cita Schaie, 2003).

Quizás la teoría del envejecimiento más antigua que todavía tiene algunos aspectos atractivos sea la *teoría del desgaste*. La teoría mantiene que las personas son como máquinas: Cuanto más usadas, más se gastan

sus partes. Desafortunadamente para la teoría, sin embargo, las personas no son como máquinas. A diferencia de las máquinas, las partes del cuerpo usadas se sustituyen o reparan.

Al contrario de las teoría celulares, que sugieren cambios con la edad en las estructuras y funciones dentro de las células, las *teorías fisiológicas* consideran que la causa principal del envejecimiento está fuera de la célula individual.

#### 2.2.2.3. Desarrollo social en el adulto mayor

Según Leitón (2003), el Campo Psicosocial es de una gran amplitud, por lo que sintetizará la descripción aludiendo solamente a los principales cambios.

1. La ideología de “viejismo”: La sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”, identificando etapa de la vida con el retiro forzado del trabajo.

El entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar al “viejo”, esto hace percibirse al adulto mayor como un inadaptado, considerando su deterioro algo malo y fatal. Esta concepción, interiorizada por los adultos mayores, les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, debido al gran temor a ser rechazados.

2. La vida laboral: El llegar a adulto mayor implica para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilación bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo. Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles.
3. Cambio del rol desempeñado: Las etapas de la niñez, adolescencia y adultez tienen perfectamente establecidos sus roles, pero para los adultos mayores no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que les serían específicas cuyo desempeño los haría sentirse útiles, y con reconocimiento social, elevando su autoestima.

Muchos adultos mayores deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos con la independencia de los hijos. Las personas adultos mayores deben buscar qué hacer, ocuparse en tareas más o menos valiosas para ellos, aun sin el estímulo de la garantía de que serán reconocidas socialmente. Esto hace que apenas unos pocos logren encontrar su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar donde viven como desocupados un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo y sin horizontes.

4. Autoestima: Muchas veces la autoestima disminuida está asociada a los cambios físicos, psicológicos, ambientales, actitud social, enfermedades y a los estereotipos negativos.

5. La depresión: La pérdida del entusiasmo de vivir es el trastorno mental más habitual, asociado a todos los cambios y pérdidas y poco puede hacer el adulto mayor para evitar su aparición pero mucho para superarla.
6. Afrontar la muerte: Algunos ven el cese de la vida como alternativa, de pasar a “mejor vida” y no como pérdida, pero entre quienes culturalmente lo experimentan como tal, puede significar la eterna pérdida del alma, o de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual.

En resumen, todas las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades a las personas que envejecen y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades, cortándoles la iniciativa y la posibilidad de controlar su vida y ejercerla plenamente (Leitón, 2003).

Así, el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios biopsicosociales, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal, en cuya adaptación el propio interesado juegue un papel activo.

Existen teorías sociales, las cuales se han propuesto para obtener un envejecimiento saludable, y tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores; dentro de las cuales tenemos:

La Teoría de la Desvinculación o Disociación, sostenida por Cumming y Henry en 1961, consideran que el retirarse de la interacción social

constituye una forma de adaptación natural a la vejez. La Teoría de la Actividad, propuesta por Havighurst en 1969, afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización. Según la Teoría de la Continuidad, la adaptación toma en cuenta la personalidad y la persistencia del mismo estilo de vida manifiesto a lo largo de la misma (Leitón, 2003).

#### 2.2.2.4. Desarrollo psicológico en el adulto mayor

##### a. Aptitudes cognoscitivas

En cuanto a la inteligencia, cuando se trata de medir la capacidad global del sujeto para la vida – caso del envejecimiento- lo que interesa no es sólo la aptitud para desempeñar determinadas tareas, sino la capacidad vital global.

La inteligencia, según Cattell se divide en inteligencia fluida e inteligencia cristalizada. La inteligencia fluida representa la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas; se basa en la dotación biológica original del sujeto, no tienen en cuenta las influencias de la cultura y se mide por el resultado de los tests según exactitud y velocidad, siendo los ancianos inferiores en rendimiento a los jóvenes. La inteligencia cristalizada se basa en el producto de la educación, los conocimientos y la experiencia que adquieren los individuos en el seno de una cultura: Se



mide por tests de comprensión verbal y en ellos los ancianos obtienen mejores resultados que los jóvenes.

Las investigaciones más recientes indican que el descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la edad cronológica sino en virtud de las influencias del ambiente.

El decremento de la inteligencia global no aparece de una forma general hasta los setenta u ochenta años y aun en estas edades puede ser prevenido con un medio ambiente estimulante y que apoye al anciano para que mantenga sus aptitudes intelectuales (Moragas, 1991).

Estudios realizados al respecto, sugieren que con la estimulación, práctica y motivación apropiadas, la gente mayor conserva sus habilidades mentales. El crecimiento en las habilidades cognoscitivas se relacionó con la mejoría en la inteligencia práctica y en las tareas asociadas con la vida diaria (Feldman, 2007).

Respecto a la memoria, como bien se sabe, es fundamentalmente importante para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe, sea para resolver un problema o para proporcionar seguridad al autoconcepto. La memoria no supone una capacidad mecánica de reproducción de la información, como la memoria de un ordenador, sino un complejo proceso en el que los datos entran como imágenes, en relación con los sucesos que experimenta el sujeto y con una capacidad de discriminación subjetiva según la experiencia placentera o adversa al suceso.

La memoria se clasifica por la proximidad de los hechos con el presente, como inmediata o primaria (hasta treinta segundos), reciente (varios días), remota o secundaria (pasado lejano recordado), vieja o terciaria (pasado lejano no recordado), variando la facilidad de recuerdo de las diferentes clases de memoria.

Se ha afirmado tradicionalmente que en la ancianidad se recuerdan mejor los hechos lejanos que los próximos (Moragas, 1991). Las disminuciones en la memoria afectan principalmente a los recuerdos episódicos y a la memoria de corto plazo, ya que la mayor reducción se refiere a la información que se presenta de manera rápida y verbal, como cuando alguien del personal de una línea de cómputo recita de un tirón una serie de pasos complicados para arreglar un problema con la computadora. Además, es más difícil recordar la información acerca de las cosas que son completamente desconocidas (Feldman, 2007).

Respecto a los efectos del envejecimiento sobre la memoria, investigaciones indican que, en contra de los saberes populares sobre su pérdida, ésta no es inevitable ni irreversible. Las causas por las que se produce la pérdida de la memoria son complejas, existiendo una base biológica (cambios o pérdida de células cerebrales) y unos factores psicosociales, probablemente más importantes que las limitaciones somáticas, entre los que destacan: Nivel bajo de inteligencia, falta de hábito de recordar, falta de motivación o profecía que se autorrealiza (Moragas, 1991).

Los contenidos de la memoria, pueden ser: Procedural (incluye las habilidades que han sido objeto de mucha práctica, por ejemplo, leer, o habilidades que incorporan aspectos motores, como la máquina, el piano, etc.) o declamativa (se refiere al conocimiento sobre el mundo y en ella se almacenan recuerdos episódicos; por ejemplo: Primera Comunión y recuerdos semánticos: Los que demandan conocimiento organizado (Cornachione, 2008).

b. Personalidad en el adulto mayor

Schaie (2003), aportó que la principal preocupación en el estudio del desarrollo de la personalidad adulta es el equilibrio entre *cambio* frente a *continuidad*. Esta paradoja es central a la mayor parte de estudios sobre desarrollo adulto. Se piensa que la personalidad en general, y la personalidad del adulto en particular, es estable y duradera. Pero también se piensa que hay cierta posibilidad de un cambio radical en la personalidad. Todos conocen casos que parecen ejemplificar la posibilidad de un cambio radical de personalidad: Alguien que en la juventud era duro y persistente, pero que después es tranquilo y filantrópico; alguien que en la juventud era débil y vacilante pero en la vida posterior es asertivo y seguro de sí mismo; alguien que cambió debido a un acontecimiento importante - una persona que experimenta una conversión religiosa y comienza una nueva vida.

Las experiencias tempranas a menudo determinan el curso del desarrollo posterior y las características de personalidad, una vez que se han establecido, se refuerzan muy fuertemente para la mayoría de las personas ya que se permanece en un entorno relativamente constante. No obstante, muchas experiencias tempranas (ya sean buenas o malas) pueden no tener efectos a largo plazo porque están relacionadas básicamente con las necesidades de un estadio concreto de la vida, por ejemplo, la supervivencia del niño pequeño a lo largo del período en que es completamente dependiente de sus cuidadores o cuando los adultos de edad muy avanzada puede que necesiten de nuevo ayudas externas para mantener una calidad de vida.

Esta discontinuidad hace posible que el individuo sea sensible a los acontecimientos significativos que pueden ocurrir más tarde en su vida y que pueden generar cambios sustanciales en el individuo. Sin embargo, rara vez los cambios de un individuo le llevarán a una inversión total de sus patrones de personalidad tempranos. Más bien, implican ajustes positivos o negativos relativamente limitados en respuesta al acontecimiento o los acontecimientos que causaron el cambio. Por eso los patrones generales del desarrollo de la personalidad muestran una continuidad notable a pesar de los muchos cambios de personalidad individuales que se producen a lo largo de la vida (Schaie, 2003).

En cuanto a las teorías de la personalidad, en esta oportunidad se hace referencia a teorías del estudio de la personalidad que más aportes brindan con respecto a las personas ancianas.

1. Personalidad como conjunto de rasgos estables y envejecimiento:

Para la Teoría de los Rasgos, la personalidad es definida como una estructura caracterizada por una serie de rasgos, resultando estas características las que establecen el cómo piensa, reacciona y actúa cada persona. Estas características son disposiciones estables en el transcurso del tiempo y a la vez se manifiestan en contextos distintos. Un ejemplo es la irritabilidad, la estabilidad o la timidez. Este enfoque permite recurrir a los estudios longitudinales para reconocer y/o distinguir los cambios de la personalidad que pueden resultar atribuidos al aumento de la edad de aquellos que corresponden a una generación determinada. Esto es reconocido como efecto cohorte y resulta decisivo para entender la diversidad interindividual que existe entre la población de personas viejas (Allport, 1961, citado por Cornachione, 2008).

Los resultados de distintas investigaciones permiten afirmar que la estabilidad de la personalidad pone de manifiesto que las personas viejas mantienen sus características de personalidad a pesar de la edad. Los cambios que la acompañan se refieren a roles sociales, a la jubilación o la viudez y que pueden tener un marco de incidencia en las personas mayores.

Personalidad como sistema en evolución y envejecimiento: La personalidad a la luz de la concepción dinámica resulta como un sistema

en desarrollo que transita por cambios cualitativos y expresivos de la adaptación a las diversas exigencias a lo largo de los diferentes segmentos del ciclo vital. Los aportes de Jung y Erickson son clásicos dentro de este enfoque, ya que preconizan este modelo y colocan el acento en la existencia de etapas secuenciales, las que existen a lo largo de todo el desarrollo de la personalidad (Jung, 1933; Erickson, 1955 citados por Cornachione, 2008).

Ante la evolución sana y adaptada, Jung plantea dos tipos de cambio:

- El desplazamiento progresivo hacia el mundo interior, hacia la introversión. Las personas viejas al tener menos presiones externas que se originaban en el trabajo, dedican ahora más energía a su mundo interior.

- La reducción de las formas de pensar y de comportarse, asociadas a lo típico de cada sexo y en la adopción de formas que son típicas del otro sexo. Las modificaciones concernientes a lo masculino y a lo femenino, según Jung apunta a las normas sociales, las que frecuentemente se muestran estereotipadas y por ello varían según la cultura y la generación.

En el transcurso de la vejez la presión social disminuye y ello permitiría que los hombres incorporen comportamientos de preocupación y cuidado de otras personas y que a su vez las mujeres actúen de forma más afirmativa y dominante (Jung, 1933, citado por Cornachione, 2008).

Sin embargo, desde el punto de vista del psicoanálisis, se realizó aportes con relación a aspectos caracterológicos y de la personalidad de las personas viejas, a partir de su vinculación con etapas anteriores. Pese a que la perspectiva psicoanalítica plantea que cada ser humano es peculiar con relación a sus particularidades y características específicas, ha considerado importante señalar que los temas vitales, los obstáculos y necesidades a satisfacer son por lo general las mismas en todos los individuos de este grupo etario y las diferencias están en las formas en que cada persona enfrenta las circunstancias o cómo las soluciona.

El proceso de envejecimiento con características biológicas, psicológicas y sociales podría implicar una amenaza al adecuado funcionamiento del yo y a su integridad. En las personas viejas la energía psíquica del yo ha disminuido para enfrentar los cambios y problemas que acontecen en el ámbito del mundo interno y externo (Cornachione, 2008).

Cornachione, menciona que Erickson pone de relieve la importancia de las capacidades del yo para evaluar de forma racional, para tomar decisiones, como así también para con las relaciones continuas entre el ser humano y la sociedad a través de los distintos segmentos del ciclo vital. Asimismo, presenta el desarrollo de la personalidad a través de diferentes etapas y cada una de ellas caracterizada por un conflicto entre tendencias opuestas. La resolución positiva de cada etapa, o sea, de la crisis que la caracteriza, es la clave para afrontar la etapa siguiente. Cuando la crisis específica de cada etapa no es resuelta de manera

satisfactoria irá requiriendo energía y causará dificultades en la evolución.

Las ocho etapas que plantea Erickson son:

1. Confianza Elemental versus Desconfianza
2. Autonomía versus Confianza y duda
3. Iniciativa versus Culpa
4. Laboriosidad versus Inferioridad
5. Identidad versus Confusión de Identidad
6. Intimidad versus Aislamiento (adulto Joven)
7. Generatividad versus Aislamiento (Adulter Media)
8. Integridad versus Desesperación (Vejez)

Los aportes de Erickson se distinguen por ofrecer una explicación conceptual del desarrollo social del hombre, a partir del desarrollo genético – social del individuo en su relación con el medio social y esto resulta importante cuando se enfrenta la temática del envejecimiento.

En el proceso de envejecimiento toman protagonismo las dos últimas etapas, ya que en la séptima etapa las tendencias opuestas corresponden a la generatividad y al estancamiento y en la octava el conflicto se presenta entre la tendencia a la integridad del yo y la correspondiente a la desesperación. Lo positivo está en la capacidad de integrar y evaluar las etapas anteriores de la vida, posibilitando una valoración serena;



mientras que lo negativo se caracteriza por una visión de la trayectoria vital como un conjunto de fracasos y de momentos negativos, donde prima el temor a la muerte y la amargura. La resolución favorable, o sea positiva, de la octava etapa permite a la persona vieja una actitud serena y sin ansiedad en su relación con la vida, a la vez que el reconocimiento y la aceptación de la perspectiva de la muerte.

El análisis del envejecimiento a partir de la perspectiva del propio sujeto, tal como lo plantea Erickson, posibilita a las propias personas ancianas otorgar un valor selectivo a los acontecimientos. Así, el concepto de integridad está indicando que para comprender a las personas en el último segmento del ciclo vital, es necesario considerarlas en el contexto de su historia personal, o sea, con el conjunto de conflictos y crisis que se dieron en etapas anteriores, a la vez que con los esfuerzos que la persona realizó para resolverlos (Cornachione, 2008).

### 2.2.3. Participación social

#### 2.2.3.1. Definición

Desde un punto de vista gramatical, la procedencia del verbo participar viene del latín “*participare*”, cuyo significado comprende “tener parte” o “comunicar”. A su vez, ambos significados comparten origen común con la palabra “*cummunis*”. En este sentido, participar tiene como raíz lo común, término análogo a comunidad, por lo que participar y comunidad se encuentran relacionados.

Desde la sociología han sido diversos los autores que han teorizado sobre el concepto de participación y participación social. En 1954 Wright Mills conceptualizó la participación como “un proceso permanente de formación de opiniones, dentro del seno de los grupos de trabajo y organismos intermedios, en torno a todos los problemas de interés común, a medida que estos vayan surgiendo y requieran de soluciones, es decir, decisiones”. Otra definición en esta línea la realizó Gyarmati en 1992, ajustando la participación a la “capacidad real, efectiva del individuo o de un grupo de tomar decisiones sobre asuntos que directa o indirectamente afectan sus actividades en la sociedad y, específicamente, dentro del ambiente en que trabaja”. En este sentido, hay una preferencia a relacionar la participación social dentro de unos límites formales e institucionales. Es un ejercicio de acción social desplegado dentro de un espacio concreto y definido (Colección Estudios - Serie personas mayores, 2008).

Las relaciones sociales y todo aquello que se relaciona o vincula con ellas se continúa modelando a lo largo de todo el ciclo vital. Las relaciones sociales no sólo inciden sino que resultan básicas para el desarrollo personal, para el desarrollo afectivo, para la salud física y para la salud mental (Cornachione, 2008).

Para abordar la socialización del hombre, en distintas edades, es indispensable distinguir entre:

- Los Agentes: Son las personas que concretamente ejercen influencia social. Durante la vejez se da la reciprocidad entre los agentes y las personas viejas.
- Las Agencias: Las más reconocidas e importantes son la familia, la empresa y las instituciones recreativas. Revisten significativa relevancia en la vejez la familia y las instituciones educativas.
- Los Procesos: Resultan ser el conjunto de actividades que posibilitan la adquisición de hábitos sociales continuando en la vejez los mismos procesos psicológicos que acompañaron al individuo en etapas anteriores.
- El Producto: Es el comportamiento social relevante de la persona en la comunidad en que vive.
- El Contexto: Refuerza el comportamiento socializado, por ello reviste significativa importancia en la vejez.

A lo largo del ciclo vital estos elementos: Agentes, agencias y contexto de socialización varían y se suman a ellos otros nuevos como el trabajo, pero que en la vejez desaparece (Cornachione, 2008).

Blank considera que en el envejecimiento no sólo son importantes los cambios biológicos o psicológicos, sino que debe atenderse a los que resultan socialmente definidos, ya que la vejez es la representación de uno de los muchos aspectos de la realidad que también se definen desde la perspectiva social. La vejez es una categoría social con problemas y

características que se construyen a partir de expectativas que son compartidas entre grupos sociales bien definidos (Blank, 1989, citado por Cornachione, 2008).

#### 2.2.3.2. Participación social en adultos mayores

Tradicionalmente, los estudios de gerontología han centrado sus análisis en el aspecto más economicista y demográfico de las personas mayores, relegando a un segundo plano la temática participativa y de contribución a la sociedad de las mismas. Cuando se piensa en las personas mayores, se visualiza, generalmente, como un colectivo demandante de servicios, ayuda de cuidados, etc. Ha sido recientemente cuando las teorías y políticas que promulgan una participación social de las personas mayores (envejecimiento activo) están empezando a emerger con fuerza. Estas teorías y actuaciones están promoviendo un cambio de paradigma significativo, resaltando su carácter necesario para la introducción de cambios operativos en las políticas y planes de actuación dirigidos a personas mayores, así como el cambio en el imaginario colectivo (Colección Estudios – Serie personas mayores, 2008).

En envejecimiento es un hecho cronológico que toma en cada individuo una evolución diferente. Envejecer es un proceso dinámico, natural, condicionado por muchos factores: De entorno, culturales, económicos, etc. Las profesiones que inciden en la intervención social y sociosanitaria dirigida a este sector de edad se encuentran con un gran

abanico de realidades. Esta diversidad de situaciones es similar a la que encontramos en general en la sociedad, en una sociedad para todas las edades (Pinazo y Sánchez, 2005).

En estudios realizados en cuanto a la participación social, se ha encontrado que se asocia con el proceso de envejecimiento satisfactorio y la satisfacción vital (Bowling & Farquhart, 1996). Cuando esto no sucede (cuando se tienen pocos contactos o se está inactivo la mayor parte del tiempo), las personas pueden sentirse solitarias y ver la vida desde una perspectiva negativa (Del Risco, 2007).

El contacto y las relaciones interpersonales estimulan la mente y tienen grandes efectos beneficiosos sobre el desarrollo personal y la satisfacción vital de los adultos mayores (Vega, 1995). Esto concuerda con las investigaciones llevadas a cabo por Bowling & Farquhart (1991), quienes indicaron que la satisfacción vital del adulto mayor estaba relacionada a la cantidad de contactos, la amplitud de su red social y el número de confidentes dentro de la misma.

Los adultos hacen casi todo lo que es importante en una sociedad: Trabajan, se casa, hacen la guerra, crean arte, ejercitan el poder, y organizan religiones. ¿Por qué los psicólogos del desarrollo los han ignorado durante tanto tiempo? Parte de este olvido se puede explicar por los valores y sesgos teóricos de los pioneros de las ciencias del

desarrollo. Freud, por ejemplo, citando Woodworth propuesto que “el niño es el padre del hombre” y pensaba que la mayoría de los acontecimientos de la vida adulta se podrían explicar mejor conociendo las experiencias de la infancia temprana. Igualmente muchas investigadores del desarrollo estuvieron interesados principalmente en descubrir cómo se adquiere la conducta individual. Poco a poco se interesaron por el estudio del crecimiento conductual a lo largo de la niñez y la adolescencia. Pero les interesaba poco abordar las complejidades del mantenimiento de la conducta, su cambio y declive a lo largo de la vida adulta.

Los comienzos de la psicología del desarrollo en los adultos vinieron del extremo del cambio, del estudio del envejecimiento (Birren y Birren, 1990; Birren y Schroots, 2001, citados por Schaie, 2003). Los avances de sanidad, nutrición, y el conocimiento médico hicieron posibles cambios increíbles en la expectativa de vida en Estados Unidos y en todo el mundo proporcionando sujetos para el estudio así como la necesidad de estudiarlos.

A lo largo de la vida, muchas personas funcionan por debajo de los límites de sus capacidades de “reserva”. Esto puede que no importe en la juventud, pero en la vejez son los individuos que consiguen funcionar más cerca de sus límites y los que son capaces de maximizar las cualidades de apoyo de su entorno los que envejecen mucho mejor y parecen ser más competentes que los otros (Baltes y Kliegl, 1987; Baltes y Reichert, 1992, citados por Schaie, 2003).

Algunos han afirmado que el envejecimiento es mejor y más fácil en sociedades más tradicionales que sienten más respeto por los ancianos. Los estudios empíricos sugieren que en los países en vía de desarrollo el papel del anciano no necesariamente tiene muchas ventajas. En todas las sociedades, la satisfacción de las necesidades económicas y de salud básica están estrechamente relacionadas con un buen envejecimiento. Por tanto, una perspectiva comparativa sugiere que el buen envejecimiento necesita a la vez un mantenimiento razonable de la funcionalidad y apoyos sociales adecuados. Los individuos que envejecen bien se diferencian generalmente de los que no envejecen tan bien por el mayor contacto social, la visión y salud, mejores y pocos acontecimientos vitales negativos. Y la frecuencia de buen envejecimiento declina desde los ancianos jóvenes hasta los muy ancianos (Ikels et al., 1995; Garfein y Hertzog, 1995, citados por Schaie, 2003).

El buen envejecimiento obviamente no empieza a los setenta. Las bases para un buen envejecimiento se asientan en los estilos de vida que mantienen un cuerpo sano y una mente sana mediante buenos hábitos alimenticios, de ejercicio y de implicación en actividades interesantes que suponen un reto para la mente. El desarrollo de estilos de vida sanos que llevan a un buen envejecimiento está influido, por supuesto, por la educación y las actitudes y el ánimo de la familia y los amigos que valoran una vida sana y productiva.

Otra estrategia importante es el mantenimiento del sistema de apoyo social y la sustitución con nuevas relaciones de las pérdidas por la muerte o el traslado de amigos y familiares (Antonucci y Akiyama, 1996; Blieszner, 1995; Jackson, Antonucci y Gibson, 1990; Lang y Carstensen, 1998, citados por Schaie, 2003).

De tal manera, la psicología del envejecimiento contribuye con la gerontología estudiar y analizar la senescencia (envejecimiento normal) y la senilidad (envejecimiento patológico). Además, con sus aportaciones, apoya al desarrollo de los estudios que se realizan sobre el envejecimiento cognitivo y el desarrollo personal adulto. La psicología del envejecimiento, también, estudia y propone intervenciones que mejoran la adaptación y la calidad de vida de las personas durante el último tramo de la vida.

Inspirada en la gerontología, la psicología del envejecimiento orienta sus objetivos e intervención sobre un período preciso de la existencia humana cuya línea divisoria se fija de forma arbitraria a partir de los 60 años (Cornachione, 2008).



### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Calidad de vida

Es el contexto multidimensional, el cual la persona se puede desarrollar de manera óptima o insatisfecha. Para ello se considera los siguientes aspectos: Salud, economía, social, cultural y espiritual.

- Adulto mayor

Toda persona que tiene de 60 años a más, es considerada adulto mayor. En dicho rango de edad ellos pasan por cambios biológicos, alteraciones cognitivas y experiencias sociales dependiendo de la situación en la que se encuentran. Para ello, lo desarrollado en etapas anteriores se considera mucho para poder dar una explicación al estado en el que se encuentren ya de adulto mayor.

- Participación social

Es la acción de intervenir en actividades en las cuales se generan relaciones interpersonales, las cuales de una u otra forma pueden influenciar en la persona, aportando nuevos conocimientos como así mismo reforzando y/o desarrollando habilidades personales, inclusive.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 SUPUESTOS CIENTÍFICOS BÁSICOS**

El aumento en la proporción y el número absoluto de ancianos en la población forzarán a hacer ciertos cambios estructurales en la sociedad. Los ancianos deberán ser integrados en la estructura social de forma que más personas mayores puedan participar activamente.

Se necesita mucha más investigación básica y aplicada. Sin embargo un impedimento que todavía existe para el desarrollo del conocimiento es la reducción de ayudas para la formación de investigadores básicos y aplicados. Paradójicamente, la desaparición del baby boom ha reducido el número de estudiantes interesados en los temas que serán

uno de los principales problemas sociales en su vida de adultos (Knight, Teri, Santos y Wohlford, 1995, citado por Schaie 2003).

Las creencias comunes sobre el proceso de envejecimiento dan por resultado estereotipos negativos: Imágenes simplificadas y sesgadas de cómo son los ancianos. Evitan las interacciones sociales porque piensan que son tontos; rechazan aprender nuevas habilidades porque creen que son incapaces (Schaie, 2003).

Los estereotipos negativos sobre el envejecimiento también han influido en los investigadores de psicología. Los estudios se diseñan a menudo y sus resultados se interpretan usando lenguaje ancianista de forma que aumentan la probabilidad de apoyar los estereotipos adversos incluso si son falsos (Schaie, 1988). Los mitos sobre el envejecimiento llevan a estereotipos negativos, que a su vez llevan al ancianismo y la exclusión de los ancianos de muchas actividades de la sociedad. Es un proceso insidioso que sólo se puede parar e invertir con evidencia sólida que contradiga o apoye la creencia popular (Schaie, 2003).

Las aproximaciones socio-psicológicas del envejecimiento contribuyen a entender los numerosos fenómenos normales y perniciosos relacionados con la edad. Las formulaciones teóricas explican cómo los procesos socio-psicológicos ejercen influencias normativas en el curso de los cambios vitales.

La calidad de vida de una persona adulta mayor se diferencia según su nivel de participación social.

## 3.2 Hipótesis

### 3.2 .1. Hipótesis general

Hg: Existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida, según la participación social de las personas adultas mayores en una muestra de Ate.

### 3.2.2. Hipótesis específicas

H<sub>1</sub>: Existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida, según la participación social de personas adultas mayores considerando el rango de edades.

H<sub>2</sub>: Existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida, según la participación social de personas adultas mayores considerando el estado civil.

H<sub>3</sub>: Existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida, según la participación social de personas adultas mayores considerando el sexo.

H<sub>4</sub>: Existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida, según la participación Social de personas adultas mayores considerando el grado de instrucción.

## 3.3 VARIABLES DE ESTUDIO O ÁREAS DE ANALISIS

<b>ÁREAS DE ANÁLISIS</b>	
NIVEL DE PARTICIPACIÓN	Participa
	No participa
CALIDAD DE VIDA	Salud física
	Psicológico
	Relaciones sociales
	Medio ambiente

<b>ÁREAS DE ANÁLISIS ESPECÍFICAS</b>	
EDAD	De 60 años a 69 años
	De 70 años a 79 años
	De 80 años a más
SEXO	Varón
	Mujer
ESTADO CIVIL	Soltero / Soltera
	Casado / Casada
	Viudo / Viuda
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto
	Educación Primaria
	Educación Secundaria
	Educación Superior

## **CAPÍTULO IV**

### **MÉTODO**

#### **4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es no experimental– transversal – descriptiva, no experimental; ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Los datos que se están tomando, pertenecen a una muestra ya establecida. Por ende, se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación.

Transversal: Porque se recolectan datos en un tiempo único, tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Fernández y Baptista 2014).

Descriptivo: Debido a que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población (Fernández y Baptista, 2014).

#### 4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para la aplicación de la presente investigación, la población que se tuvo en cuenta fue personas que viven en urbanización Salamanca, en el distrito de Ate.

#### 4.3 MUESTRA DE INVESTIGACIÓN O PARTICIPANTES

Para el desarrollo de la investigación se tiene en cuenta la selección de la muestra de manera no probabilística, ya que supone un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación (Fernández y Baptista, 2014).

En este caso se considera personas adultas mayores (las cuales abarcan de 60 años a más), y el que participe o no participe en grupo social en la urbanización de Salamanca – Ate.

Para la muestra se conformaron dos grupos de 30 personas cada uno:

Grupo 1: Personas adultas mayores, quienes participan en algún grupo social; en este caso conforman grupos de la Parroquia Nuestra Señora de la Esperanza, Urb. Salamanca – Ate.

Grupo 2: Personas adultas mayores, quienes no participan en algún grupo social; en este caso se consideró a personas adultas mayores de la urbanización Salamanca distrito de Ate.

Las características de la muestra, fueron las siguientes:

Tabla 1

*Composición de la muestra según participación social*

<b>PARTICIPACIÓN SOCIAL</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No participa	30	50,0
Participa	30	50,0
Total	60	100,0

Tabla 2

*Composición de la muestra según edad*

<b>EDAD</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
60 a 69 años	18	30.0
70 a 79 años	18	30.0
80 a más años	24	40.0
Total	60	100.0

Tabla 3

*Composición de la muestra según sexo*

<b>SEXO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Varón	25	41.7
Mujer	35	58.3
Total	60	100.0



Tabla 4

*Composición de la muestra según estado civil*

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Soltero	4	6.7
Casado	27	45.0
Viudo	29	48.3
Total	60	100.0

Tabla 5

*Composición de la muestra según grado de instrucción*

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Analfabeto	1	1.7
Primaria	17	28.3
Secundaria	24	40.0
Superior	18	30.0
Total	60	100.0

#### 4.4 . TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación se aplicó una encuesta de datos (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y participación social - Anexo 1) y el Cuestionario de Calidad de vida WhoQol – Bref (Anexo 2).

##### 4.4.1 Cuestionario de calidad de vida Whoquol – 100 y el Whoqol Bref

La Organización Mundial de la Salud, con la ayuda de 15 centros colaboradores de todo el mundo, desarrolló dos instrumentos para medir la calidad de vida, el WhoQol – 100 y el WhoQol – Bref, que pueden utilizarse en una amplia variedad

de lugares culturales, a la vez que permiten comparar los resultados de diferentes poblaciones y países.

Estos instrumentos tienen múltiples usos, incluyendo su uso en práctica médica, la investigación, auditorías y en la toma de decisiones en política sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud, define calidad de vida, como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a características principales del ambiente.

#### 4.4.1.1 Ventajas de los instrumentos WhoQol

El Whoqol – 100 ha sido desarrollado simultáneamente en 15 centros de todo el mundo. Los aspectos importantes de calidad de vida y las maneras de preguntar sobre la misma han sido diseñados en base a las opiniones de pacientes con una amplia gama de enfermedades, personas sanas y profesionales sanitarios de diferentes culturas. El instrumento ha sido rigurosamente utilizado en cada uno de los centros para evaluar su validez y fiabilidad, y en el tiempo se ha utilizado para evaluar su respuesta al cambio. El WhoQol – Bref, una versión abreviada de 26 ítems del WhoQol – 100, ha sido desarrollado utilizando datos de los trabajos de campo del WhoQol 100.

Los instrumentos WhoQol pueden utilizarse en lugares culturales particulares, pero al mismo tiempo los resultados obtenidos son comparables entre diferentes culturas. En la actualidad el WhoQol está disponible en más de 20 idiomas diferentes y se siguen desarrollando versiones en otros idiomas.

El aspecto central de los instrumentos WhoQol permite evaluar la calidad de vida en una variedad de situaciones y grupos de población.

#### 4.4.1.2 Administración de los instrumentos WhoQol

El Cuestionario de Calidad de vida WhoQol – Bref es auto – administrado, siempre que los sujetos que contestan tengan suficiente capacidad; si no, se puede utilizar una forma de entrevista asistida o administrada.

#### 4.4.1.3 Estructura del WhoQol – Bref

El WhoQol – Bref, contiene dos preguntas de calidad de vida global y salud general, y una pregunta de cada una de las 24 facetas incluidas en el WhoQol – 100. Los últimos análisis estadísticos realizados en la estructura del WhoQol – 100 sugieren la posibilidad de unir las áreas 1 y 3, y también las áreas 2 y 6, dando lugar, por tanto, a cuatro áreas de calidad de vida. Por ello, en el enfoque actual de la puntuación del WhoQol – Bref, se han unido estas áreas y se evalúan cuatro grandes áreas: Salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente (Organización Mundial de la Salud, 1997).

Debido al enfoque que tiene el cuestionario WhoQol, considerando un alcance para todas las culturas como las dimensiones básicas para la calidad de vida, y por el ajuste a los objetivos de la presente investigación, se decidió utilizar el WhoQQol – Bref.

Teniendo en cuenta que se requiere de una práctica aplicación, como asimismo de fácil comprensión, pudiendo aplicarse en un lapso de tiempo entre 15 a 20 minutos.

#### 4.4.1.4 Evaluación

Para la evaluación del perfil de calidad de vida, se deben calificar los cuatro dominios, y dos preguntas que son examinados separadamente, la pregunta 1 que hace referencia a la calidad de vida general y la pregunta 2 que se refiere a la satisfacción con la salud (Quintanar, 2010).

Los resultados de los cuatro dominios denotan una percepción individual de calidad de vida en cada aspecto en particular.

Los puntajes de dominios se escalan en dirección positiva, es decir, las puntuaciones más altas indican mayor calidad de vida.

Las puntuaciones se multiplican por 4 a fin de hacer resultados comparables con las puntuaciones utilizadas en el WhoQol – 100.

Se calcula el puntaje por cada dominio, los cuales están conformados por las siguientes preguntas:

DOM 1: (Pregunta 3 + Pregunta 4 + Pregunta 10 + Pregunta 15 + Pregunta 16 + Pregunta 17 + Pregunta 18)\*4

DOM 2: (Pregunta 5 + Pregunta 6 + Pregunta 7 + Pregunta 11 + Pregunta 19 + Pregunta 26) \* 4

DOM 3: (Pregunta 20 + Pregunta 21 + Pregunta 22) \* 4

DOM 4: (Pregunta 8 + Pregunta 9 + Pregunta 12 + Pregunta 13 + Pregunta 14 + Pregunta 23 + Pregunta 24 + Pregunta 25) \* 4

Se debe considerar invertir las preguntas: 3, 4 y 26, es decir, si la Respuesta es 1, se tendrá que puntuar con 5, si la respuesta es 2 se tendrá que puntuar con 4 y si la respuesta es 3, se tendrá que puntuar con 3 (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Cabe mencionar que la escala de respuestas del Cuestionario de Calidad de vida WhoQol – Bref es de tipo Likert (conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones (Fernández y Baptista, 2014).)

TABLA 6

*Cuestionario de Calidad de vida WhoQol – Bref - dominios*

DOMINIO SALUD FÍSICA	Actividades de la vida diaria La dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas Energía y fatiga Movilidad El dolor y el malestar Sueño y descanso Capacidad de Trabajo
DOMINIO PSICOLÓGICO	La imagen corporal y la apariencia Sentimientos negativos Sentimientos positivos Autoestima Espiritualidad / Religión / Creencias personales Pensamiento, el aprendizaje , la memoria y la concentración
DOMINIO RELACIONES SOCIALES	Relaciones personales Apoyo Social La Actividad Sexual
DOMINIO ENTORNO	Recursos Económicos La libertad y la seguridad física Salud y Atención Social : accesibilidad y calidad Oportunidades para la adquisición de nueva información y habilidades Participación y oportunidades para las actividades de recreación y ocio Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) Transporte

#### 4.4.1.5 Validez y Confiabilidad

El coeficiente Alfa de Cronbach, resultó igual a 0.925, lo cual muestra que es un instrumento de medición altamente confiable (Tabla 7).

Tabla 7

*Coeficiente alfa de Cronbach - análisis psicométrico general*

Estadísticas de Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de Elementos
.925	26

#### 4.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se aplicó el cuestionario de manera colectiva en el grupo de personas adultas mayores que participa socialmente, habiendo solicitado autorización de la coordinadora de grupo. Y en el caso del grupo de personas adultas mayores que no participan socialmente, se aplicó el cuestionario de manera particular.

En ambos grupos se explicó el fin para el cuál estaban desarrollando el cuestionario.

Los datos fueron procesados utilizando el SPSS Versión 22. Se evaluaron las hipótesis utilizando la prueba de comparaciones múltiples. Considerando que los datos presentaban en su totalidad una distribución normal, como se muestra en la Tabla 8, mediante la aplicación de la prueba Shapiro – Wilk.

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS OBTENIDOS**

#### **5.1. PRESENTACIÓN DE DATOS GENERALES**

En la Tabla 8 se puede observar que los puntajes directos de calidad de vida, en su totalidad presenta una distribución normal, y por ello se puede evaluar con una prueba paramétrica, siendo en este caso, la prueba de comparaciones múltiples, la utilizada.



Tabla 8

*Prueba de normalidad Shapiro – Wilk de los puntajes directos de calidad de vida entre personas adultas mayores que participan en un grupo social y personas adultas mayores que no participan en un grupo social.*

<b>Pruebas de normalidad</b>				
<b>Dominio</b>	<b>Participación</b>	<b>Shapiro-Wilk</b>		
		<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
SALUD FÍSICA	No participa	.936	30	.070
	Participa	.948	30	.145
PSICOLÓGICO	No participa	.939	30	.084
	Participa	.967	30	.469
RELACIONES SOCIALES	No participa	.879	30	.003
	Participa	.953	30	.201
ENTORNO	No participa	.918	30	.023
	Participa	.924	30	.033
TOTAL	No participa	.979	30	.794
	Participa	.964	30	.386

En la Tabla 9 y en la Tabla 10 se observa, al comparar el índice de calidad de vida según la participación social, que el grupo que no participa tiene un promedio de calidad de vida ligeramente mayor al que participa de un grupo social. Sin embargo la mediana en el grupo que no participa es igualmente mayor que la del grupo que participa. Resulta sumamente interesante que en ambos grupos los puntajes son muy heterogéneos. Siendo mayor la heterogeneidad en el grupo que participa que en el grupo que no participa. Finalmente señalamos que los indicadores de asimetría y curtosis son positivos.

Tabla 9

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - total de la muestra que no participa socialmente*

		Descriptivos		Estadístico	Error estándar
	Participación				
TOTAL	No participa	Media		75.97	1.156
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	73.60	
			Límite superior	78.33	
		Media recortada al 5%		75.83	
		Mediana		75.50	
		Varianza		40.102	
		Desviación estándar		6.333	
		Mínimo		64	
		Máximo		92	
		Rango		28	
		Rango intercuartil		9	
		Asimetría		.331	.427
		Curtosis		.185	.833

Tabla 10

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - total de la muestra que participan socialmente*

		Descriptivos		Estadístico	Error estándar
Dominio	Participación				
TOTAL	Participa	Media		74.53	1.913
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	70.62	
			Límite superior	78.45	
		Media recortada al 5%		74.26	
		Mediana		73.00	
		Varianza		109.775	
		Desviación estándar		10.477	
		Mínimo		54	
		Máximo		100	
		Rango		46	
		Rango intercuartil		11	
		Asimetría		.501	.427
		Curtosis		.431	.833

En la Tabla 11 y la Tabla 12, se observa que la media aritmética del dominio salud física, en el grupo que participa, es ligeramente superior al grupo que no participa (21.03 vs 20.10). De igual manera se puede observar que la mediana y la varianza son igualmente superiores en el grupo que participa en relación al grupo que no participa. Sin embargo cabe señalar que se encuentran puntajes más homogéneos en el grupo que No Participa en comparación con el grupo que participa (1.845 VS 2.810). Por último se observa que ambos grupos tienen una curtosis negativa.

Tabla 11

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio salud física de la muestra que no participan socialmente*

Dominio	Participación	Descriptivos		Estadístico	Error estándar
SALUD FÍSICA	No participa	Media		20.10	.337
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	19.41	
			Límite superior	20.79	
		Media recortada al 5%		20.13	
		Mediana		20.00	
		Varianza		3.403	
		Desviación estándar		1.845	
		Mínimo		16	
		Máximo		24	
		Rango		8	
		Rango intercuartil		3	
		Asimetría		-.086	.427
		Curtosis		-.426	.833

Tabla 12

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio salud física de la muestra que participan socialmente*

		Descriptivos		Estadístico	Error estándar
Dominio	Participación				
SALUD FÍSICA	Participa	Media		21.03	.513
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	19.98	
			Límite superior	22.08	
		Media recortada al 5%		21.07	
		Mediana		21.00	
		Varianza		7.895	
		Desviación estándar		2.810	
		Mínimo		15	
		Máximo		26	
		Rango		11	
		Rango intercuartil		4	
		Asimetría		.113	.427
		Curtosis		-.208	.833

La Tabla 13 y la Tabla 14, indican que el dominio psicológico, tiene como media el valor de 20.03 en personas adultas mayores que no participan de un grupo social, y 19.37 en personas adultas mayores que participan de un grupo social. Lo cual no muestra una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la calidad de vida que mantienen en cuanto a lo psicológico.

Tabla 13

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio psicológico de la muestra que no participan socialmente*

Dominio	Participación	Descriptivos		Estadístico	Error estándar
PSICOLÓGICO	No participa	Media		20.03	.376
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	19.26	
			Límite superior	20.80	
		Media recortada al 5%		20.11	
		Mediana		20.50	
		Varianza		4.240	
		Desviación estándar		2.059	
		Mínimo		15	
		Máximo		24	
		Rango		9	
		Rango intercuartil		3	
		Asimetría		-.632	.427
		Curtosis		.141	.833

Tabla 14

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio psicológico de la muestra que participan socialmente*

Dominio	Participación	Descriptivos		Estadístico	Error estándar
PSICOLÓGICO	Participa	Media		19.37	.578
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	18.18	
			Límite superior	20.55	
		Media recortada al 5%		19.41	
		Mediana		19.00	
		Varianza		10.033	
		Desviación estándar		3.168	
		Mínimo		11	
		Máximo		26	
		Rango		15	
		Rango intercuartil		4	
		Asimetría		-.124	.427
		Curtosis		.769	.833

La Tabla 15 y la Tabla 16 manifiestan que el dominio relaciones sociales, tiene como media el valor de 10.23 en personas adultas mayores que no participan de un grupo social, y 9.83 en personas adultas mayores que participan de un grupo social. Lo cual no muestra una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la calidad de vida que mantienen por relaciones interpersonales.

Tabla 15

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida – dominio relaciones sociales de la muestra que no participan socialmente*

Dominio	Participación	Descriptivos		Estadístico	Error estándar
RELACIONES SOCIALES	No participa	Media		10.23	.207
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	9.81	
			Límite superior	10.66	
		Media recortada al 5%		10.20	
		Mediana		10.50	
		Varianza		1.289	
		Desviación estándar		1.135	
		Mínimo		8	
		Máximo		13	
		Rango		5	
		Rango intercuartil		2	
		Asimetría		.113	.427
		Curtosis		-.309	.833

Tabla 16

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida – dominio relaciones sociales de la muestra que participan socialmente*

Dominio	Participación	Descriptivos		Estadístico	Error estándar
RELACIONES SOCIALES	Participa	Media		9.83	.429
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	8.96	
			Límite superior	10.71	
		Media recortada al 5%		9.85	
		Mediana		10.00	
		Varianza		5.523	
		Desviación estándar		2.350	
		Mínimo		5	
		Máximo		14	
		Rango		9	
		Rango intercuartil		2	
		Asimetría		-.298	.427
		Curtosis		-.377	.833

La Tabla 17 y la Tabla 18 muestran que el dominio entorno, tiene como media el valor de 25.60 en personas adultas mayores que no participan de un grupo social, y 24.30 en personas adultas mayores que participan de un grupo social. Lo cual no muestra una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la calidad de vida que mantienen en cuanto al entorno.

Tabla 17

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio entorno de la muestra que no participan socialmente*

Dominio	Participación	Descriptivos		Estadístico	Error estándar
ENTORNO	No participa	Media		25.60	.604
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	24.37	
			Límite superior	26.83	
		Media recortada al 5%		25.81	
		Mediana		25.50	
		Varianza		10.938	
		Desviación estándar		3.307	
		Mínimo		15	
		Máximo		31	
		Rango		16	
		Rango intercuartil		3	
		Asimetría		-1.062	.427
		Curtosis		2.746	.833

Tabla 18

*Estadísticas descriptivas de la calidad de vida - dominio entorno de la muestra que participan socialmente*

Dominio	Participación	Descriptivos		Estadístico	Error estándar
ENTORNO	Participa	Media		24.30	.892
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	22.48	
			Límite superior	26.12	
		Media recortada al 5%		24.17	
		Mediana		23.00	
		Varianza		23.872	
		Desviación estándar		4.886	
		Mínimo		16	
		Máximo		35	
		Rango		19	
		Rango intercuartil		5	
		Asimetría		.649	.427
		Curtosis		.410	.833



## 5.2. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

En la Tabla 19, cuando observamos el índice de calidad de vida en comparación con la participación social, se encuentra que no existen diferencias significativas entre las medias estimadas.

Tabla 19

*Comparación de medias por participación social en relación al índice de calidad de vida*

Comparaciones por Pares							Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
	(I) Participación	(J) Participación	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior	
TOTAL	No participa	Participa	1.433	2.235	.524	-3.041	5.907	
	Participa	No participa	-1.433	2.235	.524	-5.907	3.041	

En la Tabla 20, se observa que no hay diferencias de medias significativas en el índice de dominio salud física de la calidad de vida, según participación social.

Tabla 20

*Comparación de medias por participación social en el dominio salud física*

Comparaciones por Pares							Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
DOMINIO	(I) Participación	(J) Participación	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior	
	No participa	Participa	-.933	.614	.134	-2.162	.295	
Salud física	Participa	No participa	.933	.614	.134	-.295	2.162	

En la Tabla 21, no se encuentran diferencias de medias significativas en el índice de dominio psicológico de la calidad de vida, según participación social.

Tabla 21

*Comparación de medias por participación social en el dominio psicológico*

DOMINIO	Comparaciones por Pares					Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
	(I) Participación	(J) Participación	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior
	No participa	Participa	.667	.690	.338	-.714	2.047
Psicológico	Participa	No participa	.667	.690	.338	-2.047	.714

En la Tabla 22, se observa que no hay diferencias de medias significativas en el índice de dominio relaciones sociales de la calidad de vida, según participación social.

Tabla 22

*Comparación de medias por participación social en el dominio relaciones sociales*

DOMINIO	Comparaciones por Pares					Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
	(I) Participación	(J) Participación	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior
	No participa	Participa	.400	.476	.405	-.554	1.354
Relaciones sociales	Participa	No participa	-.400	.476	.405	-1.354	.554

En la Tabla 23, no se encuentran diferencias de medias significativas en el índice de dominio entorno de la calidad de vida, según participación social.

Tabla 23

*Comparación de medias por participación social en el dominio entorno*

Comparaciones por Pares							
DOMINIO	(I) Participación	(J) Participación	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
						Límite inferior	Límite superior
Entorno	No participa	Participa	1.300	1.077	.232	- .856	3.456
	Participa	No participa	-1.300	1.077	.232	-3.456	.856

En la Tabla 24 se observa la comparación que se establece al contrastar las medias y se encuentra que existen diferencias significativas cuando se compara personas de 60 a 69 años con los de 80 años a más, igualmente cuando se compara los de 70 a 79 años con los de 80 a más años (-5.99, - 6.10).

Tabla 24

*Comparación de medias por edad en relación al índice de calidad de vida*

Comparaciones múltiples							
DMS	(I)EDAD	(J)EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
60 a 69 años		70 a 79 años	-.11	2.740	.968	-5.60	5.38
		80 a más años	5.99*	2.563	.023	.85	11.12
TOTAL 70 a 79 años		60 a 69 años	.11	2.740	.968	-5.38	5.60
		80 a más años	6.10*	2.563	.021	.96	11.23
80 a más años		60 a 69 años	-5.99*	2.563	.023	-11.12	-.85
		70 a 79 años	-6.10*	2.563	.021	-11.23	-.96

En la Tabla 25 se observa que hay diferencias de medias significativas solamente cuando se compara los grupos de 60 a 69 años con los de 80 años a más (-1.68).

Tabla 25  
*Comparación de medias por edad en el dominio salud física*

<b>Comparaciones múltiples</b>							
<b>DMS</b>							
<b>DOMINIO</b>	<b>(I)EDAD</b>	<b>(J)EDAD</b>	<b>Diferencia de medias (I-J)</b>	<b>Error típ.</b>	<b>Sig.</b>	<b>Intervalo de confianza 95%</b>	
						<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
Salud física	60 a 69 años	70 a 79 años	.50	.776	.522	-1.05	2.05
		80 a más años	1.68*	.726	.024	.23	3.13
	70 a 79 años	60 a 69 años	-.50	.776	.522	-2.05	1.05
		80 a más años	1.18	.726	.109	-.27	2.63
	80 a más años	60 a 69 años	-1.68*	.726	.024	-3.13	-.23
		70 a 79 años	-1.18	.726	.109	-2.63	.27

En la Tabla 26, se observa que cuando se compara el dominio psicológico en personas de 60 a 69 años con la de 80 años a más, existe una diferencia significativa, y de igual manera cuando se compara el grupo de 70 a 79 años con el de 80 años a más (- 2.53, - 2.31).

Tabla 26

*Comparación de medias por edad en el dominio psicológico*

Comparaciones múltiples							
DMS							
DOMINIO	(I)EDAD	(J)EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Psicológico	60 a 69 años	70 a 79 años	.22	.809	.785	-1.40	1.84
		80 a más años	2.53*	.757	.001	1,01	4.04
	70 a 79 años	60 a 69 años	-.22	.809	.785	-1.84	1.40
		80 a más años	2.31*	.757	.004	.79	3.82
	80 a más años	60 a 69 años	-2.53*	.757	.001	-4.04	-1.01
		70 a 79 años	-2.31*	.757	.004	-3.82	-.79

En la Tabla 27, cuando comparamos el dominio relaciones sociales con las edades, encontramos que en ninguno de los casos de comparación por edades se encuentra diferencias significativas.

Tabla 27

*Comparación de medias por edad en el dominio relaciones sociales*

Comparaciones múltiples							
DMS							
DOMINIO	(I)EDAD	(J)EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Relaciones sociales	60 a 69 años	70 a 79 años	-.06	.618	.929	-1.29	1.18
		80 a más años	.51	.578	.377	-.64	1.67
	70 a 79 años	60 a 69 años	.06	.618	.929	-1.18	1.29
		80 a más años	.57	.578	.328	-.59	1.73
	80 a más años	60 a 69 años	-.51	.578	.377	-1.67	.64
		70 a 79 años	-.57	.578	.328	-1.73	.59

En la Tabla 28, cuando observamos el dominio entorno, en comparación con las edades, se encuentra que en ninguno de los casos existen diferencias significativas entre las medias evaluadas.

Tabla 28

*Comparación de medias por edad en el dominio entorno*

Comparaciones múltiples							
DMS							
	(I)EDAD	(J)EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
DOMINIO Entorno	60 a 69 años	70 a 79 años	-.78	1.389	.578	-3.56	2.00
		80 a más años	1.26	1.300	.335	-1.34	3.87
	70 a 79 años	60 a 69 años	.78	1.389	.578	-2.00	3.56
		80 a más años	2.04	1.300	.122	-.56	4.64
	80 a más años	60 a 69 años	-1.26	1.300	.335	-3.87	1.34
		70 a 79 años	-2.04	1.300	.122	-4.64	.56

En la Tabla 29 cuando observamos la diferencia de medias de calidad de vida, en comparación con el estado civil, se encuentra que en ninguno de los casos existen diferencias significativas entre las medias evaluadas.

Tabla 29

*Comparación de medias por estado civil en relación al índice de calidad de vida*

Comparaciones Múltiples							
DMS							
	(I)Estado civil	(J)Estado civil	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
TOTAL	Soltero	Casado	-5.63	4.539	.220	-14.72	3.46
		Viudo	-1.48	4.519	.744	-10.53	7.57
	Casado	Soltero	5.63	4.539	.220	-3.46	14.72
		Viudo	4.15	2.266	.072	-.39	8.68
	Viudo	Soltero	1.48	4.519	.744	-7.57	10.53
		Casado	-4.15	2.266	.072	-8.68	.39

En la Tabla 30, cuando observamos el dominio salud física de la calidad de vida, en comparación con el estado civil se observa que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 30

*Comparación de medias por estado civil en el dominio salud física*

Comparaciones Múltiples							
DMS							
DOMINIO	(I)Estado civil	(J)Estado civil	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Salud física	Soltero	Casado	.58	1.304	.656	-2.03	3.19
		Viudo	.87	1.298	.505	-1.73	3.47
	Casado	Soltero	-.58	1.304	.656	-3.19	2.03
		Viudo	.29	.651	.661	-1.02	1.59
	Viudo	Soltero	-.87	1.298	.505	-3.47	1.73
		Casado	-.29	.651	.661	-1.59	1.02

En la Tabla 31, se observa que cuando se compara el dominio psicológico en personas casadas con personas viudas, existe una diferencia significativa (1.70).

Tabla 31

*Comparación de medias por estado civil en el dominio psicológico*

Comparaciones Múltiples							
DMS							
DOMINIO	(I)Estado civil	(J)Estado civil	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Psicológico	Soltero	Casado	-2.70	1.361	.052	-5.43	.02
		Viudo	-1.00	1.355	.463	-3.71	1.71
	Casado	Soltero	2.70	1.361	.052	-.02	5.43
		Viudo	1.70*	.679	.015	.34	3.06
	Viudo	Soltero	1.00	1.355	.463	-1.71	3.71
		Casado	-1.70*	.679	.015	-3.06	-.34

En la Tabla 32 cuando observamos la diferencia de medias del dominio relaciones sociales de la calidad de vida, en comparación con el estado civil, se encuentra que en ninguno de los casos existen diferencias significativas entre las medias evaluadas.

Tabla 32

*Comparación de medias por estado civil en el dominio relaciones sociales*

Comparaciones Múltiples							
DMS							
DOMINIO	(I)Estado civil	(J)Estado civil	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Relaciones sociales	Soltero	Casado	-1.37	.983	.169	-3.34	.60
		Viudo	-.86	.978	.382	-2.82	1.10
	Casado	Soltero	1.37	.983	.169	-.60	3.34
		Viudo	.51	.490	.304	-.47	1.49
	Viudo	Soltero	.86	.978	.382	-1.10	2.82
		Casado	-.51	.490	.304	-1.49	.47

En la Tabla 33, cuando comparamos el dominio entorno con el estado civil se observa que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos.

Tabla 33

*Comparación de medias por estado civil en el dominio entorno*

Comparaciones Múltiples							
DMS							
DOMINIO	(I)Estado civil	(J)Estado civil	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Entorno	Soltero	Casado	-2.14	2.234	.342	-6.61	2.33
		Viudo	-.49	2.224	.826	-4.94	3.96
	Casado	Soltero	2.14	2.234	.342	-2.33	6.61
		Viudo	1.65	1.115	.145	-.59	3.88
	Viudo	Soltero	.49	2.224	.826	-3.96	4.94
		Casado	-1.65	1.115	.145	-3.88	.59



En la Tabla 34 cuando observamos la diferencia de medias de calidad de vida, en comparación con el sexo, no se encuentra diferencias estadísticamente significativas entre las medias estimadas.

Tabla 34

*Comparación de medias por sexo en relación al índice de calidad de vida*

	Comparaciones por pares					Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
	(I)Sexo	(J)Sexo	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior
	TOTAL	Varón	Mujer	.051	2.275	.982	-4.502
	Mujer	Varón	-051	2.275	.982	-4.605	4.502

En la Tabla 35, se observa que no hay diferencias de medias significativas en el índice de dominio salud física de la calidad de vida, según el Sexo.

Tabla 35

*Comparación de medias por, quisiera in en el dominio salud física*

	Comparaciones por pares					Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
	(I)Sexo	(J)Sexo	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior
	DOMINIO Salud física	Varón	Mujer	-.491	.631	.440	-1.755
	Mujer	Varón	.491	.631	.440	-.772	1.755

En la Tabla 36, no se encuentran diferencias de medias significativas en el índice de dominio psicológico de la calidad de vida, según participación social.

Tabla 36

*Comparación de medias por sexo en el dominio psicológico*

DOMINIO	Comparaciones por pares					Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
	(I)Sexo	(J)Sexo	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior
		Varón	Mujer	1.200	.687	.086	-.176
Psicológico	Mujer	Varón	-1.200	.687	.086	-2.576	.176

En la Tabla 37, se observa que no hay diferencias de medias significativas en el índice de dominio relaciones sociales de la calidad de vida, según el sexo.

Tabla 37

*Comparación de medias por sexo en el dominio relaciones sociales*

DOMINIO	Comparaciones por pares					Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
	(I)Sexo	(J)Sexo	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior
	Relaciones sociales	Varón	Mujer	.011	.486	.981	-.962
	Mujer	Varón	-.011	.486	.981	-.985	.962

En la Tabla 38, no se encuentran diferencias de medias significativas en el índice de dominio entorno de la calidad de vida, según el sexo.

Tabla 38

*Comparación de medias por sexo en el dominio entorno*

DOMINIO	(I)Sexo	(J)Sexo	Comparaciones por pares			Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>a</sup>	
			Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>a</sup>	Límite inferior	Límite superior
Entorno	Varón	Mujer	-.669	1.103	,547	-2.876	1.539
	Mujer	Varón	.669	1.103	,547	-1.539	2.876

En la Tabla 39 se observa la comparación que se establece al contrastar las medias del índice de la calidad de vida según grado de instrucción, y se encuentra que existen diferencias significativas cuando se compara el grupo de grado de instrucción primaria con el grupo de grado de instrucción superior (- 8.618).

Tabla 39

*Comparación de medias por grado de instrucción en relación al índice de calidad de vida*

	(I)Grado de instrucción	(J)Grado de instrucción	Comparaciones por Pares			Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>b</sup>	
			Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>b</sup>	Límite inferior	Límite superior
TOTAL	Analfabeto	Primaria	.118	8.375	.989	-16.659	16.895
		Secundaria	-4.333	8.307	.604	-20.974	12.307
		Superior	-8.500	8.362	.314	-25.251	8.251
	Primaria	Analfabeto	-.118	8.375	.989	-16.895	16.659
		Secundaria	-4.451	2.580	.090	-9.619	.718
		Superior	-8.618*	2.753	.003	-14.132	-3.104
	Secundaria	Analfabeto	4.333	8.307	.604	-12.307	20.974
		Primaria	4.451	2.580	.090	-.718	9.619
		Superior	-4.167	2.538	.106	-9.250	.917
	Superior	Analfabeto	8.500	8.362	.314	-8.251	25.251
		Primaria	8.618*	2.753	.003	3.104	14.132
		Secundaria	4.167	2.538	.106	-.917	9.250

En la Tabla 40 se observa que hay diferencias de medias significativas cuando se compara el índice de dominio salud física, según grado de instrucción, entre el grupo de grado de instrucción primaria con el grupo de grado de instrucción superior (-1.915).

Tabla 40

*Comparación de medias por grado de instrucción en el dominio salud física dominio salud física.*

DOMINIO	(I)Grado de instrucción	(J)Grado de instrucción	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>b</sup>	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>b</sup>	
						Límite inferior	Límite superior
Salud física	Analfabeto	Primaria	.471	2.413	.846	-4.364	5.305
		Secundaria	-.667	2.394	.782	-5.462	4.128
		Superior	-1.444	2.410	.551	-6.271	3.382
	Primaria	Analfabeto	-.471	2.413	.846	-5.305	4.364
		Secundaria	-1.137	.743	.132	-2.627	.352
		Superior	-1.915*	.793	.019	-3.504	-.326
	Secundaria	Analfabeto	.667	2.394	.782	-4.128	5.462
		Primaria	1.137	.743	.132	-.352	2.627
		Superior	-.778	.731	.292	-2.243	.687
	Superior	Analfabeto	1.444	2.410	.551	-3.382	6.271
		Primaria	1.915*	.793	.019	.326	3.504
		Secundaria	.778	.731	.292	-.687	2.243

En la Tabla 41, se observa que cuando se compara el dominio psicológico en personas con grado de instrucción primaria con las de grado de instrucción superior, existe una diferencia significativa (-2.650).

Tabla 41

*Comparación de medias por grado de instrucción en el dominio psicológico*

DOMINIO	(I)Grado de instrucción	(J)Grado de instrucción	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>b</sup>	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>b</sup>	
						Límite inferior	Límite superior
Psicológico	Analfabeto	Primaria	-.294	2.594	.910	-5.490	4.902
		Secundaria	-1.833	2.573	.479	-6.987	3.320
		Superior	-2.944	2.590	.260	-8.132	2.243
	Primaria	Analfabeto	.294	2.594	.910	-4.902	5.490
		Secundaria	-1.539	.799	.059	-3.140	.061
		Superior	-2.650*	.852	.003	-4.358	-.943
	Secundaria	Analfabeto	1.833	2.573	.479	-3.320	6.987
		Primaria	1.539	.799	.059	-.061	3.140
		Superior	-1.111	.786	.163	-2.686	.463
	Superior	Analfabeto	2.944	2.590	.260	-2.243	8.132
		Primaria	2.650*	.852	.003	.943	4.358
		Secundaria	1.111	.786	.163	-.463	2.686

En la Tabla 42, cuando se comparó el dominio relaciones sociales con los grado de Instrucción, se encuentra diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de grado de instrucción primaria con el grupo de grado de instrucción superior (-1.536).

Tabla 42

*Comparación de medias por grado de instrucción en el dominio relaciones sociales*

DOMINIO	Comparaciones por Pares					Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>b</sup>	
	(I)Grado de instrucción	(J)Grado de instrucción	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>b</sup>	Límite inferior	Límite superior
Relaciones sociales	Analfabeto	Primaria	-.353	1.832	.848	-4.023	3.17
		Secundaria	-.917	1.817	.616	-4.557	2.723
		Superior	-1.889	1.829	.306	-5.553	1.775
	Primaria	Analfabeto	.353	1.832	.848	-3.317	4.023
		Secundaria	-.564	.564	.322	-1.694	.567
		Superior	-1.536*	.602	.014	-2.742	-.330
	Secundaria	Analfabeto	.917	1.817	.616	-2.723	4.557
		Primaria	.564	.564	.322	-.567	1.694
		Superior	-.972	.555	.085	-2.084	.140
	Superior	Analfabeto	1.889	1.829	.306	-1.775	5.553
		Primaria	1.536*	.602	.014	.330	2.742
		Secundaria	.972	.555	.085	-.140	2.084

En la Tabla 43, cuando comparamos el dominio entorno con el grado de instrucción, encontramos que en ninguno de los casos de comparación se encuentran diferencias significativas.

Tabla 43

*Comparación de medias por grado de instrucción en el dominio entorno*

Comparaciones por Pares							
DOMINIO	(I)Grado de instrucción	(J)Grado de instrucción	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. <sup>b</sup>	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia <sup>b</sup>	
						Límite inferior	Límite superior
Entorno	Analfabeto	Primaria	.294	4.301	.946	-8.322	8.911
		Secundaria	-.917	4.266	.831	-9.463	7.630
		Superior	-2.222	4.295	.607	-10.825	6.381
	Primaria	Analfabeto	-.294	4.301	.946	-8.911	8.322
		Secundaria	-1.211	1.325	.365	-3.865	1.444
		Superior	-2.516	1.414	.081	-5.348	.316
	Secundaria	Analfabeto	.917	4.266	.831	-7.630	9.463
		Primaria	1.211	1.325	.365	-1.444	3.865
		Superior	-1.306	1.303	.321	-3.916	1.305
	Superior	Analfabeto	2.222	4.295	.607	-6.381	10.825
		Primaria	2.516	1.414	.081	-.316	5.348
		Secundaria	1.306	1.303	.321	-1.305	3.916

### 5.3. INTERPRETACIÓN O DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En lo que respecta a la hipótesis general, podemos considerar que es nula, ya que se puede observar en la Tabla 19, que no existen diferencias estadísticamente significativas, teniendo en cuenta, que la mayor puntuación de la media estadística la tiene el grupo que no participa. A ello podemos mencionar a Pinazo y Sánchez (2005); quién nos confirma que la participación social, consta también del entorno familiar, entorno cercano, y no hace mención sólo a uno grupo en sí.

En cuanto a la hipótesis específica H<sub>1</sub>, se identificaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la calidad de vida de las personas que tienen entre 60 a 69 años, y las personas que tienen entre 80 años a más. Dicha diferencia se debe a la situación física en la que se encuentran las personas de ambos grupos de edades. Considerando que las personas de 60 a 69 años, son menos propensas a adquirir estados de salud físico que impidan movilizarse o mantenerse sanos. Asimismo, se considera el estado psicológico que puedan desarrollar según su edad y situación física, ya que al verse sin la capacidad de movilizarse con la habilidad como podría hacer hace años atrás, podría manifestarse una baja de autoestima y/o motivación. Esto de acorde con lo indicado por Cornachione (2008), quién indica que el proceso de envejecimiento con características biológicas, psicológicas y sociales podría implicar una amenaza al adecuado funcionamiento del yo y a su integridad ya que en las personas viejas la energía psíquica del yo ha disminuido para enfrentar los cambios y problemas que acontecen en el ámbito del mundo interno y externo (Cornachione, 2008).



En cuanto a la hipótesis específica  $H_2$ , no se encontraron diferencias estadísticamente significativa, sin embargo se puede observar en la Tabla 31, que existen diferencias estadísticamente significativa en lo que corresponde a dominio psicológico según estado civil, considerando dicha diferencia en los índices de la calidad de vida de la personas mayores que se quedan viudas, con las personas casadas. Ello podría complementar lo mencionado por Lopata (1979, citado por Pinazo y Sánchez, 2005), ya que refiere a la reacción que una persona mayor tiene luego de la pérdida de su cónyuge, ocasionando en esas edades ciertas reacciones de falta de motivación, desgano, falta de concentración, entre otros.

En la hipótesis específica  $H_3$ , no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo cual nos confirma que el sexo de la persona no influye en la calidad de vida. Esto reafirma las conclusiones dadas en los estudios realizados por Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004), en donde se indica que la calidad de vida (soporte social, autonomía y salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física.

Refiriendo la hipótesis específica  $H_4$ , en la que existen diferencias relativamente significativas entre el grupo de personas adultas mayores con grado de instrucción primaria, de los que realizaron hasta grado de instrucción superior, considerando dichas diferencias para el dominio salud física, dominio psicológico y dominio relaciones sociales; podría deberse a que una persona que tiene grado de instrucción primaria, no tendría la misma actividad laboral, ciertamente más segura y estable, que la de una

persona con grado de instrucción superior; asimismo en cuanto a lo psicológico y relaciones sociales; ya que las aptitudes cognoscitivas no se desarrollan de la misma manera en ambos casos. Lo mismo ocurre para el dominio de relaciones sociales, ya que al haber cursado el grado de instrucción superior, el círculo de amistades es más amplio, como también eventos sociales a los cuáles las personas puedan acudir. Como indica Moragas (1991), las investigaciones han dado a conocer que el descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la edad cronológica sino en virtud de las influencias del ambiente, que en este caso se ha dado en el grado de instrucción, el cual desde temprana edad va estimulando el desarrollo de la persona en cuanto a lo psicológico, social e incluso físico.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1. CONCLUSIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS**

De acuerdo a lo expuesto, las conclusiones son las siguientes:

- No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el índice de la calidad de vida del adulto mayor, de una muestra de la urbanización Salamanca, según participación social.
- Hay diferencias estadísticamente significativas, según la edad, en lo que corresponde al dominio salud física. Lo cual puede manifestar que las personas que se encuentra entre 80 años a más, no son de participar socialmente, debido a sus impedimentos físicos (discapacidades, enfermedad, etc.).

- En lo que corresponde a los dominios: Sexo, estado civil y grado de instrucción, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, nos podemos percatar que en la muestra, que el 58% de personas adultas mayores son mujeres. Así mismo, en el índice de la calidad de vida según estado civil, la diferencia mínima que se encuentra, se puede observar entre las personas adultas mayores casadas y las personas adultas mayores solteras. Y en lo que respecta al grado de instrucción, se observa cierta diferencia, mínima, entre personas adultas mayores con grado de instrucción primaria, y personas adultas mayores con grado de instrucción superior.

## 6.2. RECOMENDACIONES

- Desarrollar un programa que tenga alcance a las personas adultas mayores que por motivos de salud no pueden asistir / participar en algún grupo social. Realizando visitas, las cuáles incluyan talleres a domicilio, actividades recreativas, que aporten al crecimiento de índice de calidad de vida, de manera que ellos se sientan acompañados y no aislados.
- Considerar la infraestructura y acceso de los espacios públicos, entidades y organizaciones a los que las personas adultas mayores asistan, ya que en ocasiones puede ser un impedimento para que ellos frecuenten el grupo, como por ejemplo, de tener un mal en la rodilla, se le dificultará al subir las escaleras, si el lugar de reuniones queda en el segundo o tercer piso.
- Realizar charlas que concienticen y promuevan el cuidado del adulto mayor, como también la integración del mismo en la sociedad, teniendo en cuenta lo

que ello significa y vale para ellos, como el gran aporte que se puede recibir por parte de ellos.

## REFERENCIAS

### Bibliografía citada en el estudio

- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Thomson.
- Cáritas del Perú (2012). *Normatividad Nacional sobre los Derechos de las personas adultas mayores*. Lima, Perú.
- Cornachione, M. (2008). *Vejez: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Córdoba: Brujas.
- Del Risco, M. (2009). *Soporte Social y Satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor*. (Tesis de Licenciatura). Pontífice Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Elizasu, C. (2001). *La Animación con personas mayores*. Madrid: CCS.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. México: Pearson.
- Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- Florenzano, R. (1993). *En el camino de la vida: Estudios sobre el ciclo vital*. Santiago: Universitaria.
- Flores, M., Vega, M., y González G. (2011). *Condiciones Sociales y Calidad de vida en el adulto mayor*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Gamarra, M. (1999). *Aprendiendo a Vivir mejor: Manual para la Tercera Edad*. Chiclayo: San Lucas.

- García, J. (2008). *Análisis del Bienestar de los adultos mayores en México*. (Tesis de Maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México.
- Gobierno de España (2008). *La Participación Social de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Hansen B. (2003). *Desarrollo en la Edad adulta*. México: Manual Moderno.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: Mc Graw-Hill.
- Leitón, Z., y Ordoñez, Y. (2003). *Autocuidado de la Salud para el adulto mayor – Manual de información para profesionales*. Lima: MIIMDES.
- Manrique, B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2008). *Por un envejecimiento activo, productivo y saludable*. Lima: MIMDES
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). *Plan Nacional de personas adultas mayores*. Lima: MIMDES
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G.; y A. Ozols (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa*. (Tesis para Licenciatura). Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Pirámide.

- Organización Mundial de la Salud – División de Salud Mental (1996). *Whoqol – Calidad de vida*. Geneva.
- Quintanar, A. (2010). *Análisis de la Calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento Whoqol-Bref*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México.
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2009). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Visión Universitaria.
- Sánchez, M. (2014, 27 de Noviembre). *Población peruana al 2050: Una de cada cuatro personas será adulto mayor*. Diario Gestión. Recuperado de: <http://gestion.pe/economia/poblacion-peruana-al-2050-uno-cada-cuatro-personas-adulto-mayor-2115113>.
- Schaie, K., y Willis S. (2003). *Psicología de la Edad adulta y la Vejez*. Madrid: Pearson.
- Siguenza, M., Siguenza, C., & Sinche, N. (2014). *Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca, 2013*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Stassen Berger, K. & Thompson, R. (2001). *Psicología del Desarrollo: Adulthood y Vejez*. Madrid: Médica Panamericana.
- Vera, M. (2007). *Significado de la Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional mayor de San Marcos, Lima, Perú.



Yuste, N., Rubio, R., Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

Zinberg, N. (1987). *Psicología Normal de la Vejez*. Buenos Aires: Paidós.

### **Páginas WEB**

[www.apa.org](http://www.apa.org)

[www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)

[www.mimp.gob.pe](http://www.mimp.gob.pe)

[www.caritas.org.pe](http://www.caritas.org.pe)

[www.tesis.pucp.edu.pe](http://www.tesis.pucp.edu.pe)

[www.cybertesis.unmsm.edu.pe](http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe)

[www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)

[www.scielo.org](http://www.scielo.org)

**Anexo N° 1****Encuesta de Datos**

Marca la alternativa que te corresponde:

Edad:                                      60 años a 69 años      70 años a 79 años      80 años a más

Grado de Instrucción:                      Analfabeto                                      Ed. Primaria  
    Ed. Secundaria                                      Ed. Superior

Estado Civil:                                      Soltero (a)                                      Casado(a)                                      Viudo(a)

## Anexo N° 2

### Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

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

FECHA:
EDAD:
SEXO:

#### 1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

#### 2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

#### 3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

#### 4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**5. ¿Cuánto disfruta de la vida?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

**10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

**16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

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

**26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5