

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LA  
PUNTA**

**Tesis presentada por:**

**Rossané Zamora Barrantes**

**Para optar el Título Profesional de**

**Licenciada en Psicología**

**Lima-Perú**

**2020**

## **Calidad de vida de los adultos mayores del distrito de La Punta**

## DEDICATORIA

A mis padres, por el apoyo incondicional y las oportunidades que siempre me han brindado, así como los valores que me han inculcado a lo largo de toda mi vida.

A mi madre en especial, que con su amor, dedicación y ejemplo me demostró que nunca hay que perder la fe en lo que uno cree, que las cosas tardan, pero al final con esfuerzo siempre los sueños se cumplen.

A mi familia por estar presentes en los diversos eventos importantes de mi vida y darme la motivación para superarme día a día.

Y a cada una de las personas que estuvieron ahí para apoyarme en todo momento.

Esto es gracias a todos ustedes.

## **AGRADECIMIENTO**

Esta investigación fue posible gracias a mi esfuerzo y dedicación, así como al apoyo de grandes profesionales, que me guiaron en todo el proceso de inicio a fin, de quienes siempre estaré agradecida.

Al licenciado Dante Gazzolo Durand, que en paz descanse, que fue mi profesor durante los 5 años de la universidad y fue una de las personas que creyó en mi potencial y me guió durante los inicios de esta investigación.

Así como al Dr. William Torres, mi asesor y profesor, por un incondicional apoyo de manera personal y académica, además de su remarcable paciencia y enseñanzas.

A la Universidad Ricardo Palma, especialmente a la facultad de Psicología, en donde me he formado y he recibido no solo conocimientos relacionados a mi carrera sino enseñanzas que han incrementado mi desarrollo personal y profesional.

## **PRESENTACIÓN**

La presente investigación referida a la calidad de vida de los adultos mayores del distrito de La Punta abarca los siguientes capítulos:

Capítulo I, contiene el planeamiento del estudio, en la cual se explica de manera detallada la problemática identificada y la formulación del problema; así como también, los objetivos generales y específicos. Finalmente, la justificación, importancia y limitaciones de la investigación.

Capítulo II, describe el marco teórico, en donde se incluyen las investigaciones a nivel nacional e internacional relacionadas con el tema. Las bases teóricas científicas que sustentan la investigación y la definición de los términos básicos.

Capítulo III, comprende los supuestos científicos, las hipótesis generales, y específicas; además de las variables de investigación.

Capítulo IV, detalla el método de estudio, que incluye el diseño de investigación, la población y muestra con los criterios de inclusión y exclusión; asimismo, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, la confiabilidad de los instrumentos, los procedimientos y análisis de datos.

Capítulo V, incluye los resultados del estudio y la discusión que contrasta con la literatura revisada y los últimos estudios realizados en Perú sobre la variable de estudio.

Capítulo VI, abarca las conclusiones generales y específicas del estudio, las recomendaciones sobre el tema y finalmente las referencias bibliográficas y anexos adjuntos.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
PRESENTACIÓN.....	V
CAPÍTULO I.....	1
Planteamiento del estudio .....	1
1.1. Formulación del problema .....	2
1.2. Objetivos .....	3
1.3. Importancia y justificación del estudio .....	4
1.4. Limitaciones del estudio.....	6
CAPÍTULO II.....	7
Marco Teórico.....	7
2.1.Marco Histórico .....	7
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema .....	13
2.3 Bases teórico-científicas del estudio .....	21
2.4 Definición de términos básicos .....	28
CAPITULO III.....	29
Hipótesis y variables .....	29
3.1. Supuestos científicos básicos .....	29
3.2. Hipótesis.....	30
3.3. Variables de estudio .....	32
	VI

CAPITULO IV .....	33
Método.....	33
4.1. Población y participantes .....	33
4.2. Tipo y diseño de investigación.....	34
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos .....	37
4.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....	38
 CAPITULO V .....	 40
Resultados .....	40
5.1. Presentación de datos .....	40
5.2. Análisis de datos.....	41
5.3. Análisis y discusión de resultados.....	44
 CAPITULO VI .....	 47
Conclusiones y recomendaciones .....	47
6.1. Conclusiones generales y específicas.....	47
6.2. Recomendaciones.....	48
6.3. Resumen. Términos clave .....	50
6.4. Abstract. Key words.....	51
 <b>Referencias</b> .....	 52
Anexos	
• Consentimiento informado	
• Material complementario	

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Adultos mayores asistentes al Centro Integral del adulto mayor del distrito de La Punta en el año 2018.....	33
Tabla 2. Prueba de confiabilidad para la prueba de calidad de vida de los adultos mayores .....	36
Tabla 3. Coeficiente de Correlación de Spearman para la muestra de las dimensiones de la prueba de calidad de vida de los adultos mayores .....	37
Tabla 4. Prueba de normalidad de Kolgomorov Smirnov correspondiente a los índices de calidad de vida de los adultos mayores 2018.....	39
Tabla 5. Estadísticos descriptivos para la muestra correspondiente a los índices de calidad de vida de los adultos mayores 2018. ....	40
Tabla 6. Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida entre hombres y mujeres adultos mayores del distrito de La Punta. ....	41
Tabla 7. Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión capacidad sensorial. ....	41
Tabla 8. Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión autonomía .....	42
Tabla 9. Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras. ....	42

Tabla 10. Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión participación/aislamiento. ....	43
Tabla 11. Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión intimidad .....	43
Tabla 12. Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión muerte y agonía. ....	44

## **CAPÍTULO I**

### **Planteamiento del estudio**

La problemática referida al adulto mayor tiene una serie de matices que deben interesar a todos, pues es parte del ciclo de la vida. Llegar a la etapa de la senectud implica tener un mayor cuidado con la salud, tanto física como psicológica.

La mayoría de estudios realizados durante la historia sobre los adultos mayores se centraban en el aspecto biológico, sin embargo, en los últimos tiempos tanto en los estudios longitudinales y transversales, como los de Cerón, Sanchez, Riego, Enríquez, y Fernández (2013) se ha encontrado que el envejecimiento constituye un estado biopsicosocial, lo cual abarca tres áreas importantes en el desarrollo como la biológica, psicológica y social.

Diferentes estudios, entre ellos Ortiz y Castro (2009) demostraron que el factor psicológico es importante en la longevidad que se está observando en la actualidad. Por ejemplo, el bienestar, el concepto que tiene el adulto mayor de sí mismo al sentirse una persona útil, la actividad que desarrolla, son algunos aspectos que hacen que cambie la perspectiva que tienen las personas sobre ellos mismos y sobre su entorno.

En general se puede señalar que la calidad de vida del adulto mayor se ve afectada por la modernidad y evolución de la dinámica familiar. De esta forma se encuentran beneficios, pero también perjuicios constantes en la sociedad.

Esta condición del adulto mayor constituye un fenómeno de la población y de la misma persona. Poder llegar a una edad avanzada viene a ser un logro para la población debido a que es el resultado de los diversos avances que se han venido dando sobre todo en el ámbito médico, y esto ha hecho que llegar a edades avanzadas sea algo cada vez más común.

Algunos factores como el avance de la tecnología, investigaciones novedosas en medicina, campañas de concientización, entre otros hacen que la vida de los ancianos se vea facilitada, brindándoles salud y seguridad.

Ser un adulto mayor hoy en día en el Perú tiene muchos desafíos, entre ellos, cambiar la perspectiva que tiene la sociedad al respecto, porque son considerados como personas que empiezan a tener dificultades para poder realizar actividades cotidianas como trabajar, hacer deporte, capacidad para socializar, etc. También de ser vistos como personas con enfermedades que impiden que pueda desarrollarse la sociedad de manera favorable.

### **1.1. Formulación del problema**

La esperanza de vida de las personas se ha estado incrementando, debido al aumento del desarrollo del bienestar asociado a factores biológicos, genéticos y ambientales, además de los aspectos ligados a la educación, a factores socio económicos y al sexo, los cuales afectan la salud de las personas, y conforme pasan los años esto va generando que los factores

biológicos vayan declinando haciendo que las personas puedan sentirse mal emocionalmente si es que no tienen un soporte especialmente en el ámbito familiar.

Este incremento de la esperanza de vida se presenta como un reto para toda la población en general, en el sentido de afrontarla de una manera digna y siendo lo más activo posible, que vivir como adulto mayor no significa incapacidad o deterioro, sino por el contrario se asocia a vivir más años y también a vivir mejor.

Durante mucho tiempo no se ha tomado en consideración que el sexo puede ser un factor que interviene en cuanto a la esperanza de vida, es así que se ha visto que las mujeres son aquellas que viven un poco más en comparación a los hombres; no obstante, esto va ser relativo teniendo en cuenta el estilo de vida que puede haber llevado cada uno.

A raíz de lo señalado, resulta de gran importancia el poder explorar e intentar dar respuesta al problema de la presente investigación que puede plantearse a través de la siguiente interrogante: ¿Existen diferencias en los índices de calidad de vida de los adultos mayores del distrito de La Punta en función al sexo?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

- Comparar el índice de calidad de vida entre hombres y mujeres adultos mayores del distrito de La Punta.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Comparar el índice de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión capacidad sensorial.

- Comparar el índice de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión autonomía.
- Comparar el índice de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras.
- Comparar el índice de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión participación/aislamiento.
- Comparar el índice de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión intimidad.
- Comparar el índice de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión muerte y agonía.

### **1.3. Importancia y justificación del estudio**

La presente investigación tiene como finalidad dar a conocer la realidad y entender las diversas situaciones que enfrentan las personas cuando llegan a la tercera edad en el distrito de La Punta, así mismo, analizar el bienestar y como este se diferencia tanto en hombres como en mujeres.

El distrito de La Punta cuenta con 3655 pobladores, de ellos 1498 son hombres y 2157 son mujeres. En cuanto a adultos mayores son 972 en total siendo 355 varones y 630 mujeres tal como lo señala los datos del Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables (2015)

Actualmente, el 40% de los hogares tiene al menos un adulto mayor viviendo con ellos (Instituto Nacional de Estadística e Informática 2019) y se ha evidenciado que la

población de adultos mayores está en aumento y en el futuro existe una tendencia a seguir incrementándose debido a varios aspectos como el avance tecnológico, descubrimiento de nuevos tratamientos para enfermedades, cultura de cuidado personal, entre otros. Por tal motivo, es trascendental realizar mayor investigación, para poder informar y compartir los resultados debido a que es un tema que involucra a la sociedad en general.

Con el aumento en la esperanza de vida que se está dando en el mundo, se observa que es cada vez mayor la proporción de adultos mayores. Se estima que para el 2050, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en 2011, en los países de Latinoamérica la población de adultos mayores será de 4 a 1, es decir, que uno de cada cuatro personas, una será un adulto mayor.

No obstante, es importante resaltar que al igual que en otras partes del mundo, en el Perú se está evidenciando un proceso de feminización del envejecimiento, siendo así que en los años 50 la relación en la esperanza de vida de hombres y mujeres era de 2 a 3 años respectivamente y eso ha ido aumentando por lo que además se observa que después de la jubilación las mujeres adultas mayores tienen una esperanza de vida de aproximadamente 18 años en comparación a los hombres que es 16 años según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2011.

Debido a esta problemática es necesario realizar más investigaciones que contribuyan a que se pueda desarrollar una vejez óptima. Es así que se presentan los resultados de estudios que muestran las aportaciones de la Psicología. Entre ellas, un estudio que se centró en mostrar que existen diferencias en la calidad de vida según el sexo, encontrando que las mujeres son aquellas que poseen una mejor calidad de vida en comparación a los hombres (Gallardo, Córdova, Piña y Urrutia, 2018).

#### **1.4. Limitaciones del estudio**

En cuanto a las limitaciones, se puede señalar una de carácter metodológico, referida a la generalización de resultados, pues los resultados de esta investigación sólo son aplicables a participantes con características similares a la muestra del presente estudio. Además, no hubo pérdida de información pues todas las pruebas estuvieron completadas de acuerdo a las instrucciones y tampoco hubo retiro de participantes.

## **CAPÍTULO II**

### **Marco Teórico**

#### **2.1. Marco histórico**

Las primeras referencias que se logran dar de calidad de vida aparecen con Aristóteles, enfocándose en la "buena vida " de las personas o también el "ser felices". Además, menciona que la felicidad tiene varios conceptos que van desde la salud, enfermedad y si la persona tiene buenos o escasos medios. (Fayers y Machin, 2000).

La palabra calidad de vida viene a conocerse después de la segunda guerra mundial en los Estados Unidos cuando se estaba desarrollando el movimiento de Indicadores Sociales a partir de la escuela de Chicago debido a que los estudiosos querían entender cómo se encontraba la percepción de las personas sobre su vida en ese momento, tal como lo señala Noll (2002).

El crecimiento del movimiento se dio al mismo tiempo que el desarrollo social y político que se centraban en los temas de crecimiento económico de esa época. Siguiendo con este ambiente, el concepto de calidad de vida surgió en medio de debates asociándolo con el bienestar de la población generando ciertas dimensiones, entre ellas se encuentran: la

parte material, pero no solo eso sino fue desarrollándose de manera más compleja; es así que también consideran las relaciones sociales, la salud y la calidad del entorno. (Noll, 2002).

En los años 70 y 80 la calidad de vida es tomada con mayor relevancia, debido a eso se empiezan a hacer investigaciones en donde se centraron en algunas variables como la parte educacional, económica o tipo de vivienda; sin embargo, estas variables no fueron de suficiente ayuda para poder llegar a grandes conclusiones, puesto que, solo daban las perspectivas personales de cada uno, no teniendo en cuenta otros factores, tal como lo señala Smith (1974).

Después surgen aproximaciones para lograr conceptualizar la calidad de vida es así que Delhey, Böhnke, Habich y Zapf (2002) mencionan la aproximación escandinava al bienestar, aquí se centran en las necesidades básicas que al satisfacerlas va a generar un bienestar a la población. La aproximación se ve manejada por los informes sociales comparativos, dados por la Organización para la cooperación y desarrollo económico (OCDE) en los años 70 también. Este programa se enfocaba como poder explicar la calidad de vida teniendo en cuenta los indicadores sociales, pero la OCDE tuvo dificultades debido a la terminología que se usaba como son bienestar global de los individuos, bienestar social, esto se da por la única razón que era el más utilizado.

Como una segunda aproximación se encontró a la tradición anglosajona de bienestar, que toma como referencia las diversas investigaciones sobre salud mental. Toma en cuenta no solo las perspectivas de la persona sobre su vida sino también va a utilizar indicadores objetivos, es así que se llega a las condiciones de vida. (Noll, 2002). Entre los indicadores se encontraron a la satisfacción y la felicidad partiendo que es una variable multidimensional. Es importante el definir y poder ver las diferencias entre estos términos.

Como se ve los términos mencionados tiene un concepto bien definido, no dejándose llevar por la parte subjetiva, en comparación de la calidad de vida que tiene que tener en consideración tanto aspectos objetivos como subjetivos sino no se podría observar un panorama completo.

Al decir de Noll (2002), la tercera aproximación se basa en el concepto germano de calidad de vida, que incorpora tanto la primera como la segunda aproximación, enfocándose en el bienestar subjetivo teniendo en cuenta la parte afectiva y cognitiva, en donde se va a desarrollar diferentes situaciones en las cuales se encuentran: 1. Bienestar: también conocido como relación entre las condiciones óptimas y bienestar positivo que percibe cada uno; 2. Disonancia: esto se refiere a las condiciones buenas de vida, pero trae consigo un bienestar negativo; 3. Privación: pésimas condiciones de vida en relación con un nivel bajo de bienestar; 4. Adaptación: aquí también se encuentran las condiciones pésimas de vida; no obstante, se presentan con un nivel alto de bienestar

Posteriormente otros autores empezaron a relacionarlo con otras variables como son la satisfacción, felicidad y bienestar viéndolo como un tema poco complejo de investigarlo de manera individual. Es así que la calidad de vida empezó a generar interés por los estudiosos, el uso de la palabra fue en aumento, debido a eso se logró evidenciar la problemática al momento de definirlo y poder analizar su medición en sí.

La razón por el cual se hace complicado poder definir de una manera específica el término de calidad de vida es debido a la diversidad de información que se ha encontrado, y

esto va a variar dependiendo del investigador, las medidas por el cual se utilizaron, los contextos, el objetivo de la evaluación y la valoración de cada persona. Por lo que indica que la calidad de vida es subjetiva, debido a que, lo que para una persona es importante para otra no necesariamente debe de serlo, además de las experiencias y las expectativas que va a tener cada uno, también se menciona que viene a ser un concepto dinámico, porque va a cambiar cuando las circunstancias del entorno de cada persona se modifiquen.

Existen diversos conceptos elaborados a lo largo de los años por algunos investigadores tales como: Shaw (1977) que define que la calidad de vida a través de una ecuación  $QL=NE \times (H+S)$ , en donde el factor NE viene a ser las características naturales de las personas, H es la aportación hecha por el hogar y la familia de la persona y S la aportación dada por la sociedad, así como en todo concepto tuvo sus puntos en contra, de tal manera que la calidad de vida en cuanto a puntuación no puede llegar a ser 0 y la persona no puede puntuarse ella misma. Otro concepto viene a darse por Hornquist (1982) que relaciona la calidad de vida con satisfacer las necesidades básicas, en las que se encuentran las físicas, materiales, psicológicas y sociales.

Así mismo Ferrans (1990) define a la calidad de vida como la satisfacción positiva o negativa en las áreas que para una persona es importante. También se encuentra que

Bigelow (1991) generó una definición en base a una ecuación en donde se trata de encontrar un equilibrio entre evaluación subjetiva y la satisfacción de necesidades que pueda tener cada uno.

Por otro lado, Calman (1987) describió que la calidad de vida se enfocaba en la alegría, elaboración, satisfacción y la habilidad para poder afrontar las dificultades que se puedan

presentar. Por añadidura Martin y Stockler (1998) se refirió a la calidad de vida en términos de las expectativas de cada persona y la realidad que lo rodea. Finalmente, Haas (1999) lo definió como una evaluación multidimensional de los eventos, entre el ambiente y que valor logra darle la persona a cada situación que atraviesa. Al igual que Lawton (1999) que tiene una definición parecida en cuanto a calidad de vida mencionando la evaluación multidimensional, añadiendo que las personas tienen en cuenta los aspectos sociales y normativos, así como los personales.

La gran variedad de información y conceptos que se tienen alrededor de calidad de vida trajo consigo que se llegue a pensar que era un término multidisciplinario (Haas,1999). Añade Cummins (2004), que hoy en día el término de calidad de vida logra abarcar tres ramas de la ciencia como son la medicina, las ciencias sociales y la economía, cada rama en sí logró aportar un punto de vista diferente para poder llegar a formar un concepto completo.

Es relevante que cuando se trata de calidad de vida se mencione sobre la multidimensionalidad de este término que se edifica sobre varios componentes y áreas, que no solo se basa por un solo aspecto sino por la combinación de los ya mencionados. Pero se hace dificultoso el poder limitar cuales son las dimensiones que deben ser tomadas en cuenta, puesto que las investigaciones que son realizadas van dirigidas a un objetivo en particular por lo que las dimensiones también tendrían que estar incluidas.

Por consiguiente, después de realizar una revisión a la bibliografía y a los conceptos dados por diversos investigadores se puede mencionar una lista de dimensiones de calidad de vida tales como salud, situación económica, sexo, estado emocional o aspecto psicológico, valores, situación laboral, apoyo social, relaciones familiares, religión, espiritualidad, cultura, además mencionar que cada dimensión trae consigo una subdimensión.

No obstante, la multidimensionalidad y la dificultad para poder definir el concepto de calidad de vida, trae como resultado que se haya generado múltiples teorías para su análisis desde distintas disciplinas. A pesar de que con el tiempo se ha buscado poder reunir y generar un solo concepto, en la práctica diaria se complica el poder brindar una teoría general y que sea valorada por todos según lo que señala Michalos (1997).

En el 2001 Sirgy realizó una clasificación sobre perspectivas teóricas teniendo en cuenta la elaboración del concepto. Cuando se realizó esto se observó que el uso de las palabras satisfacción, felicidad o bienestar hacían que se complicara el poder definir el término de calidad de vida. Las investigaciones sobre calidad de vida lo definen como el bienestar de cada uno, en el cual las personas van a sentirse satisfechos o no y esto les va a traer un tipo de emoción que viene a ser la felicidad que se ve reflejado en diversos ámbitos como lo personal, social, familiar y laboral.

Aunque no existe aún algún acuerdo general alrededor del concepto definitivo de calidad de vida, Cummins en el 1997 mencionó algunas ideas que se debe tener en consideración al momento de la definición. Entre ellas se encuentran:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida afecta un número amplio de ámbitos en la vida de cada persona, aunque aún existen ciertas discrepancias acerca del número real y las características de tales ámbitos.

- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos que tienen. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.

## **2.2 Investigaciones relacionadas con el tema**

Cardona, Estrada y Agudelo (2006), desarrollaron una investigación sobre calidad de vida y condiciones de salud de los adultos mayores en donde se encontró que la situación de aislamiento que vive actualmente la población anciana de la ciudad de Medellín (Colombia), se caracteriza por la pérdida de independencia y autoestima. La investigación que se realizó fue descriptiva en la cual se administró la encuesta de calidad de vida, teniendo en cuenta otras herramientas como los registros de egresos hospitalarios, los certificados de defunción además de una encuesta telefónica, es así como para el estudio participaron 637 adultos mayores que fueron elegidos sistemáticamente. En los resultados se observó un aumento de 168% en el aislamiento, la autoestima y la pérdida de independencia en los adultos mayores evaluados.

Vera (2007), investigó sobre el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. En este estudio participaron 16 adultos mayores cada uno con sus familias dándose entre los años de 2004 y 2006. Ambos grupos coinciden en que al

llegar a esa edad se goza de sabiduría, se debe de tener un mayor cuidado, guardar respeto, brindar cariño y también libertad. En cuanto a las diferencias, encontró que la calidad de vida significa para el adulto mayor tranquilidad, pero para su familia significa satisfacción de necesidades.

Osorio, Torrejón, y Vogel, ( 2008) formularon en su publicación en Chile que el nivel mínimo necesario para tener una buena calidad de vida está relacionada a necesidades básicas materiales como tener una vivienda, acceso a salud y una buena alimentación, sentirse bien a través de una buena actitud en las interacciones con otras personas. Además, los adultos mayores mostraron un rechazo frente a sus hijos y al hecho de tener que ser utilizados para cuidar a sus nietos, y la preferencia por quedarse en sus casas debido a la incomodidad del uso de transportes públicos, la posibilidad de perderse por no conocer bien los caminos y la inseguridad ante el funcionamiento del sistema en general.

Miranda, Hernández y Rodríguez ( 2009) analizaron la calidad de la atención en salud en La Habana (Cuba), utilizando una muestra de 300 personas de 60 años en donde encontraron dificultades que afectan la calidad brindada al adulto mayor, como insuficientes recursos humanos, médicos, enfermeras, geriatras, internistas e incluso psicólogos. Así como una categoría no aceptable en la calidad de las historias clínicas.

Ortiz y Castro (2009) desarrollaron una investigación referida al bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia de la contribución de la enfermería, en el cual se observó que las intervenciones de enfermería van dirigidas a dar una respuesta integral a las necesidades de las personas adultas mayores desde un punto de

vista holístico, respetando sus valores culturales, creencias, diferencias y convicciones que tienen ellos logrando así su bienestar psicológico.

Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas ( 2011) hallaron a través del WHOQOL- Old, factores relacionados a la calidad de vida, participaron 406 adultos mayores de 71 años de edad de Chile, el peor evaluado por todos los participantes fue el de la muerte y agonía. El mejor evaluado fue el de la participación social debido a la satisfacción con el modo de usar su tiempo, su nivel de actividad y con su oportunidad de participar en la comunidad. Además, se encontró que aquellas personas que se veían más enfermas, su nivel de calidad de vida era menor en comparación a aquellos que no. Otros factores como la autonomía, la autoaceptación, el tener un propósito de vida y el apoyo social también están relacionados.

Melguizo, Acosta y Castellano (2012) realizaron un trabajo sobre factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores dada en la ciudad de Cartagena (Colombia), participaron 514 adultos mayores. En esta investigación se pudo evidenciar que los adultos mayores hombres reportaron mejor bienestar físico y emocional, mientras que las mujeres mostraron un mejor autocuidado y plenitud espiritual, así como el ser mujer, ser pensionada o tener un ingreso por trabajo, y estar viviendo con menos de cuatro personas se asocia con una mayor calidad de vida.

Oliva, Mendizabal, y Navarro (2013) evaluaron el análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores , en este estudio participaron 328 participantes de la comunidad de Madrid, aplicando una encuesta elaborada ad hoc y la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, encontrando que las personas que

afirman que su estado de salud ha sido malo tienden a presentar mayor autoaceptación y propósito de vida, además aquellos que hacen algún ejercicio físico tienen mayor autoaceptación en comparación de los que no realizan ningún tipo de actividad y aquellos que no establecen relaciones interpersonales tienen un bajo bienestar psicológico.

Satorres (2013) desarrolló una investigación referida al bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital en España, el cual menciona que un mayor nivel de independencia está relacionado con un dominio del ambiente, autoaceptación y propósito de vida, además existe una implicación de la edad para la realización de las actividades de la vida diaria. Finalmente se presentan porcentajes algo mayores de discapacidad a partir de los 65 años y el porcentaje de las mujeres aumenta considerablemente superando el grupo de los hombres.

Cerón, et al. (2013) también realizaron una investigación sobre la percepción de calidad de vida en México, en este estudio participaron 40 adultos mayores; en donde se encontró que los resultados fueron más favorables para esta región, en donde las personas consideran que tienen una buena salud física y psicológica, permitiéndole desenvolverse en su ambiente manteniendo buenas relaciones sociales.

Lobo, Santos y Gomes (2014) formularon sobre el nivel de calidad de vida en función a los niveles de dependencia, aquí participaron 93 personas mayores e indican que 40,0% son independientes, 18,0% son dependientes parciales y 12,0% dependientes totales. Se utilizó el índice de Barthel y el MOS SF-36. Se concluye que existe una correlación positiva entre el grado de dependencia y el índice de calidad de vida. Teniendo en cuenta que existe una

relación positiva entre el grado de dependencia y el índice de calidad de vida, específicamente en el factor físico.

Pardo, Castrillón, Pedreño y Moreno (2014) se interesaron por investigar sobre la motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico en España, la muestra fue de 237 participantes, entre 65 y 85 años de edad. Los resultados mostraron que el motivo salud fue percibido de manera positiva esto se debe a la competencia y la motivación que va a mostrar cada adulto mayor. A su vez, las razones sociales y el ocio fueron percibidos por la valoración del comportamiento, la competencia percibida y la relación social que llegan a tener.

Flores, Jenaro, Moro y Tomsa (2014) investigaron sobre la salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes, aquí participaron 600 cuidadores, de los cuales 33,83% fueron familiares y un 66,17% fueron profesionales. En este estudio se observó que los familiares dedicados al cuidado van a mostrar mayor sobrecarga y esto se reflejaría en su condición física y emocional como consecuencia de la atención prestada al adulto mayor. Los cuidadores profesionales sienten una mayor satisfacción con la vida en general y con otros elementos como la familia, el trabajo y sus relaciones interpersonales.

García y Maya (2015) analizaron sobre la adaptación al dolor crónico benigno en los adultos mayores de las ciudades de Medellín, Antioquia, Chia y Cundinamarca (Colombia), obteniendo que los comportamientos de los adultos mayores que se identificaron fueron secundarios a la presencia del dolor y que son consecuencia de la capacidad de adaptación a su experiencia, logrando hacer modificaciones en el ambiente a través del uso de recursos

internos y externos que les permitieron controlar los estímulos generadores de dolor en los modos de adaptación del ser humano basados en el modelo de adaptación de Callista Roy.

Royo, Fernández, Forjaz, Prieto y Martínez (2015) desarrollaron una investigación referida a la influencia de las condiciones del entorno residencial y personal en la calidad de vida de los adultos mayores españoles, mostraron que mientras el estatus del hogar y la satisfacción con la forma de convivencia, es más alta será mejor la percepción de la salud y la valoración del entorno residencial, además de que existirá una menor depresión y morbilidad en los adultos mayores.

Rodríguez, Martín, Frades, París, Martínez (2015) plantearon una investigación sobre la calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas en España, participaron 525 personas mayores, evidenciando que la calidad de vida de las personas mayores con problemas de demencia institucionalizadas en residencias se relaciona con el estado funcional y la depresión que puedan tener.

García y Concepción (2015) en su trabajo sobre bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes en España observaron que las necesidades de los residentes relacionados con los componentes específicos del bienestar y satisfacción vital está más asociado a las personas mayores, sus vínculos personales, su vida activa, su reminiscencia y sus recuerdos felices, el optimismo y la satisfacción vital que presentan.

Gutiérrez, Orozco, Roza y Martínez (2017) investigaron sobre la calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los Municipios de Tenjo y Cajica, en este estudio

participaron 204 adultos mayores de 60 años (144 de Cajica y 60 de Tenjo), se utilizó el instrumento llamado índice multicultural de calidad de vida. Los resultados que se observaron son un nivel alto de calidad de vida para los dos municipios; sin embargo, si hubo resultados bajos para algunas dimensiones como son bienestar físico y funcionamiento ocupacional, siendo las mejores puntuadas apoyo comunitario y satisfacción espiritual. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico, por el contrario, las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios.

Mazacón ( 2017) realizó un estudio sobre la calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos) intervenidos y no intervenidos con el modelos de atención integral de Salud, la muestra fue de 297 adultos mayores , que se les administró el Cuestionario SF-36, los resultados fueron que la dimensión con mayor puntaje fueron la de desempeño emocional y físico mientras que las dimensiones salud mental, función social, física, vitalidad y dolor físico obtuvieron puntajes más bajos. Además, se evidenció que los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos específicamente en las áreas físico, psíquico y social.

Párraga (2017) se interesó por investigar sobre la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo, en este estudio participaron 120 adultos mayores que asistían al CIAM, encontrándose que un grupo pequeño de adultos mayores poseen mala calidad de vida, la mayoría lo percibe como regular y ninguno lo califica como óptima.

Flores, Castillo, Ponce, Miranda, Peralta y Durán (2018) investigaron sobre la percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida, una perspectiva desde el contexto familiar en México, aquí participaron 99 adultos mayores, a quienes les aplicaron la escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF), encontrando que la percepción de calidad de vida era baja, calificándolos así casi a la mitad de la población evaluada.

Gallardo-Peralta et al. (2018) desarrollaron una investigación sobre diferencias de género en salud y calidad de vida en adultos mayores del norte de Chile, esta investigación contó con una muestra de 777 personas, en los cuales los resultados mostraron que, si existen diferencias en los procesos de envejecimientos tanto en hombres como en mujeres, siendo las mujeres aquellas que obtuvieron mejores puntajes en cuando a la calidad de vida.

Vasallo (2019) se interesó en la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica. Se evaluaron a 20 adultos mayores entre 70 y 92 años de edad a través de entrevistas, los resultados encontrados fueron que lo que más les afecta a los adultos mayores vienen a ser en los ámbitos de salud, la integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, la institucionalización y el trato profesional por parte de los profesionales, además de resaltar que cuando los adultos mayores se encuentran en estos centros si o si sus habilidades funcionales y de ocio se ven afectadas.

## **2.3 Bases teórico-científicas del estudio**

### **2.3.1. Modelos Teóricos de Calidad de Vida**

Existen diversos modelos teóricos sobre la calidad de vida, los que a su vez permiten plantear los enfocados en los adultos mayores tales como el modelo de bienestar, modelos comportamentales, modelo ecológico de Lawton, modelo de desempeño de rol, modelo de proceso dinámico, modelo de homeostasis, que son los que se describen a continuación.

#### **2.3.1.1. Modelos de Bienestar**

El bienestar psicológico, la adquisición material, la salud y la felicidad son factores que ayudan a que una persona tenga una buena calidad de vida según refiere Diener, Suh, Lucas y Smith (1999).

Además, la característica individual hace tener un rol importante y esto se aprecia a través de la forma de pensar y actuar de cada uno. Así como lo mencionado previamente tiene relación con nuestra calidad de vida tal como lo refieren Barefoot, Maynar, Beckman, Brummelt, Hooker y Siegler (1998).

Es así que Lehman, Ward y Linn (1982) mencionan el modelo de satisfacción, en donde la calidad de vida tiene incluido tres aspectos importantes:

- características personales
- condiciones objetivas de vida en varios ámbitos
- satisfacción con las condiciones de vida en esos ámbitos

#### **2.3.1.2. Modelos comportamentales de calidad de vida**

La calidad de vida fue definida como un aspecto comportamental según lo mencionan Csikszentmihaly (1998) y Reig (2000) describiendo que no solo se debe tener en cuenta el

bienestar psicológico o la satisfacción sino las acciones que se realizan para vivir día a día. Por ende, las experiencias que se tienen y se quieren hacer, pasan a ser parte de este análisis.

#### **2.3.1.3. Modelo Ecológico de Lawton**

Este modelo es uno de los más exitosos, debido a que detalla el comportamiento de cada uno y cómo este va variando en el tiempo, así como el efecto positivo que va teniendo al adaptarse en su nivel de competencia y en el entorno.

Lawton (1975) se refiere a la perspectiva subjetiva y la valoración multidimensional que tiene consigo los aspectos intrapersonales y socionormativos en sus diferentes tiempos (pasado, presente y futuro), y lo mide según cuatro áreas:

- a) Calidad de vida percibida
- b) Competencia comportamental
- c) Ambiente objetivo y satisfacción
- d) Bienestar global

#### **2.3.1.4. Modelo de Desempeño de Rol**

El modelo fue desarrollado por Bigelow, Brodsky, Stewart y Olson (1982). Este modelo se base en el ambiente y en las condiciones sociales para que las personas puedan satisfacer sus necesidades básicas. También mencionan que las necesidades básicas no solo se refieren a lo material sino a lo social, por lo que la persona va a poder obtener lo que necesita poniendo a prueba sus capacidades para conseguir sus objetivos. Entre las capacidades se encuentran las cognitivas, conductuales, perceptivas y afectivas.

### **2.3.1.5. Modelo de Proceso Dinámico**

Angermever y Kilian (2000) mencionan que la mayoría de teorías no toman en consideración como las personas van cambiando conforme transcurre el tiempo o las circunstancias que van atravesando. Es así que el modelo de proceso dinámico se enfoca en la adaptación continua en donde la persona debe lograr sus objetivos, teniendo en cuenta su ambiente y su capacidad para poder satisfacer a su entorno, no solo se considera el resultado final sino todo el proceso.

Como muestran muchas investigaciones, para que las personas logren sus objetivos deben utilizar sus capacidades tanto cognitivas como de motivación para poder adaptarse a las diversas situaciones que van a tener día a día.

### **2.3.1.6. Modelo del homeostasis**

Este modelo planteado por Cummins, (2000) se caracteriza por mantener el rendimiento de cada persona, a pesar de las situaciones que se le presenten. Se basa en determinantes, es así que uno de los factores o también llamado determinante de primer orden en la calidad de vida viene a ser el factor genético de la personalidad, aquí va a cumplir dos funciones, el rango que debe seguir y la afectividad.

Esto se va dar a través de dos dimensiones de personalidad que son inconscientes, son la extroversión y el neuroticismo. Los ya mencionados están relacionados con el bienestar psicológico subjetivo según lo mencionan Deneve y Cooper (1998). Los determinantes de segundo orden son los que el autor los llama como amortiguadores internos. Estos están conformados por tres componentes que son conscientes: optimismo, autoestima y el control

percibido, estos componentes pueden variar y ser influenciados por las experiencias que van a tener las personas con su entorno.

Es así que la calidad de vida va ser resultado de la interacción tanto de los factores genéticos, como los amortiguadores internos con el entorno de cada persona y esto va variar en el tiempo.

### **2.3.2. Teorías sobre el envejecimiento en los adultos mayores**

Se va mencionar los modelos teóricos que existen sobre calidad de vida para posteriormente mencionar los enfocados en los adultos mayores tales como la teoría de la actividad, la teoría de la continuidad de Neugarten y Atchley, la teoría del ciclo vital de Neugarten, la teoría del desarrollo de Erickson, la teoría de la selectividad socioemocional de Carstense, la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry, tal como se presentan a continuación.

#### **2.3.2.1. Teoría de la actividad**

Los autores de esta teoría son Havighurst y Albrecht (Fernández, 2009). En resumen, esta teoría explica cómo el proceso de envejecimiento de las personas resulta más satisfactorio cuando tienen mayor actividad social. De esta forma se mantienen activos y pueden disfrutar de su tiempo. Sin embargo, una crítica a esta teoría es que no necesariamente hay una asociación causal entre realizar una actividad y la satisfacción de vida, ya que puede haber limitaciones en las personas, ya sean económicas o biológicas.

#### **2.3.2.2. Teoría de la continuidad de Neugarten y Atchley**

Esta teoría fue dada por Neugarden y Atchley en 1964 el cual se centra en que el adulto mayor conforme va desarrollando su vida se va adaptando a las diversas situaciones que se le pueden presentar tanto negativas como positivas, es así que los cambios en su salud, relación con sus familiares, su entorno social, su funcionamiento no le afectan de una manera muy drástica debido a que se mantienen las características de su personalidad en cualquier toma de decisiones (Atchley, 1971).

Debido a lo señalado, el adulto mayor muestra una continuidad en todos los procesos de cambios y va a actuar de manera que lo hacía cuando era joven siguiendo ciertos parámetros. Sin embargo, conforme va avanzando la edad de la persona obtiene más experiencia, se propone metas a corto plazo, pero de una manera constante y trata de vivir el día a día al máximo.

### **2.3.2.3. La teoría del ciclo vital de Neugarten**

Esta teoría de Neugarten (1974) ve al envejecimiento no por etapas como lo señalan algunos especialistas del desarrollo vital sino lo observa como un proceso continuo. Se basa en algunos estudios de Baltes y Baltes en 1990 en la cual se muestran los siguientes supuestos:

- Durante el ciclo de la vida va a existir un balance entre el crecimiento (ganancias) y el declive (perdidas).
- La persona va a perder o disminuir algunas funciones como son específicamente las físicas y va a mantener otras como viene a ser el conocimiento.

- Existe una manera de mantener las funciones y estas tienen que ver con las ayudas externas que se puedan tener.

Como resultado esta teoría toma en consideración todas las experiencias que pasa el sujeto tratando de que el proceso de pérdida sea mínimo.

#### **2.3.2.4. Teoría del desarrollo de Erickson**

Esta teoría formulada en los cincuenta, se basa en que cada etapa de la vida de una persona va a pasar por un conflicto, siendo así que la vejez comienza a los 65 años en la cual durante esta etapa el individuo experimenta un conflicto entre la integridad y la desesperación teniendo también virtudes como son la prudencia y la sabiduría.

Erickson tuvo frente a esto cuatro planteamientos:

- El entendimiento del yo
- Integración de lo social y las características personales del individuo.
- Las características de personalidad del sujeto.
- El impacto de la cultura en el desarrollo de la persona.

Es así, según Bordinon (2005), que para Erickson cuando la persona va pasando por cada etapa se le presentan ciertos conflictos, cuando los logra resolver el sujeto va a crecer psicológicamente.

#### **2.3.2.5. Teoría de la selectividad socioemocional de Carstense**

Carstensen (1991) va a señalar la importancia de la motivación para poder generar o mantener relaciones interpersonales, de tal modo que el adulto mayor se centra en lo que para

él es realmente valioso, por propia decisión. Además, cuando se menciona el factor edad se debe tener en consideración el tiempo, debido a esto las personas escogen de qué manera se va a ir desarrollando sus relaciones, es así que se llega a los siguientes supuestos:

- La interacción social es algo importante para la supervivencia de una persona.
- La capacidad que va a tener una persona para seleccionar la relación social que va a empezar a entablar es algo básico.
- Las personas son agentes que van a planificar poco a poco sus objetivos a largo plazo.

Es por esto que esta teoría menciona que a medida que la gente va haciéndose mayor, va estabilizando sus emociones y tiene como objetivo el relacionarse con su entorno.

#### **2.3.2.6. Teoría de la desvinculación de Cumming y Henry**

Cumming y Henry en 1961 plantean la desvinculación, concepto referido a que tanto el adulto mayor como la sociedad tienen un mismo objetivo, esto es, ir aislar al individuo, teniendo como objetivo prepararlo para un suceso importante que es la muerte y la aparición de una nueva generación en la que ven que el adulto mayor no se puede adaptar.

Según Fernández-Ballesteros (2009), es una de las teorías más extendidas en la Gerontología, ya que la enfermedad (inevitable en la vejez), el deterioro cognitivo y físico y la incompetencia, conllevan la retirada de la sociedad, porque las personas mayores gastan más de lo que aportan. Además, es una de las teorías que más connotaciones negativas aporta.

Existen otros autores, tal como Carstensen (1991) que también desarrollan esta teoría basándose en que en la vejez el individuo va disminuyendo sus actividades debido a algunas

complicaciones físicas propias de la edad, trayendo como consecuencia que también disminuyan los roles, es así que se va produciendo la desvinculación entre la persona y la sociedad.

Los autores que se centran en esta teoría lo ven como un aspecto positivo debido a que sienten que es un proceso que se da de manera natural y por ambos lados tanto de la sociedad como el de la persona, por lo que lo ayuda a la adaptación y a su estabilidad emocional. Además, mencionan que con el tiempo el adulto mayor trae muchas más responsabilidades en cuanto a dinero, atención, dedicación, siendo esto algo no tan productivo para la sociedad, ya que de manera indirecta tendrá que verse involucrado en todo.

Al decir de Salvarezza (1988), esta teoría añade que si un adulto mayor no logra adaptarse a su medio debe desvincularse. Sin embargo, también menciona que al desvincularse va a generar que se pierdan los lazos con la sociedad afectando la parte emoción y algunas veces puede afectar a su entorno.

## **2.4 Definición de términos básicos**

**Calidad de vida:** Según un documento de la OMS (1958) , la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.

**Adulto Mayor:** De acuerdo a documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se incluye como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años de edad. (Varela, 2016).

## **CAPITULO III**

### **Hipótesis y variables**

#### **3.1. Supuestos científicos básicos**

La presente investigación se basa en la teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht (Fernández, 2009) creada en 1953 y considerada como una de las más antiguas en el campo de la Gerontología. Se establece que para tener una vejez óptima se debe mantener una alta actividad en distintos ámbitos, en la cual es un aspecto importante el hecho de ser hombre y mujer, tal como lo sugieren Melguizo et al. (2012) quienes mencionan que los adultos mayores hombres llegan a tener un mejor bienestar emocional en comparación al de las mujeres quienes logran ser más independientes, se preocupan más por su autocuidado y realizan más actividades en su día a día.

Así mismo Gallardo et al. (2018) sugieren que las mujeres son aquellas que muestran una mejor calidad de vida en sus procesos de envejecimiento en comparación a los hombres. El concepto de sí mismo en el anciano, está relacionado con los roles que desempeña, como en la vejez se produce una pérdida de roles (por ejemplo, jubilación, viudez), para mantener un autoconcepto positivo éstos deben ser sustituidos por roles nuevos. Por lo tanto, el

bienestar dependerá en gran medida de que se desarrollen actividades consideradas en los roles que se vayan adquiriendo.

La teoría de la actividad, no toma en cuenta a las personas mayores, a los económicamente más débiles. Es una teoría para las personas que llegan recientemente a la etapa de la senectud por tal motivo contempla más la etapa post retiro que el envejecimiento propiamente dicho. Un aspecto relevante a considerar es que la actividad social no es solo la responsable de la satisfacción vital sino también del sentido que el sujeto logra encontrar o le da a la actividad que eligió, así, de esta forma su satisfacción se ve incrementada. No es entonces la cantidad de contactos o actividades lo que debe ser considerada, sino su calidad en relación al sentido que esa actividad posee para la persona.

Asimismo, la teoría pasa por alto que las distintas actividades tienen diferentes significados para las personas, por ejemplo, en su intento por enmarcar la teoría de la actividad en términos del interaccionismo simbólico, encontró que la relación entre bienestar y actividad en la vejez depende del tipo de actividad: formal, informal o solitaria.

Es importante considerar todos los factores influyentes tales como la actividad física, el compromiso social y los roles productivos para contribuir a la salud mental y la satisfacción de la vida.

## **3.2. Hipótesis**

### **3.2.1. General**

**H<sub>1</sub>.** Existe una diferencia significativa en los puntajes correspondientes a calidad de vida entre hombres y mujeres adultos mayores del distrito de La Punta.

### **3.2.2. Específicas**

**H<sub>1.1</sub>.** Existe diferencia significativa en los puntajes correspondientes a calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión capacidad sensorial.

**H<sub>1.2</sub>.** Existe diferencia significativa en los puntajes correspondientes a calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión autonomía.

**H<sub>1.3</sub>.** Existe diferencia significativa en los puntajes correspondientes a calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión de actividades pasadas, presentes y futuras.

**H<sub>1.4</sub>.** Existe diferencia significativa en los puntajes correspondientes a calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión de participación/aislamiento.

**H<sub>1.5</sub>.** Existe diferencia significativa en los puntajes correspondientes a calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión de intimidad.

**H<sub>1.6</sub>.** Existe diferencia significativa en los puntajes correspondientes a calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión de muerte y agonía.

### **3.3. Variables de estudio**

**a) Variable:** Calidad de Vida

**b) Subvariables de estudio:** Dimensiones de capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presente y futuras, participación o aislamiento social, intimidad y muerte y agonía.

**c) Criterio de análisis comparativo:** El sexo de los participantes

## CAPITULO IV

### Método

#### 4.1. Población y participantes

La población de estudio estuvo conformada por adultos mayores de ambos sexos (hombre y mujer) asistentes al Centro integral del adulto mayor ubicado en el Malecón Pardo en el distrito de La Punta, en la ciudad de Lima, Perú. Los adultos mayores participantes eran del distrito y asistentes a los talleres del centro: Gimnasia mental, manualidades, cocina, tai chi, etc. En la tabla 1, se presentan los datos respectivos, la muestra, determinada intencionalmente (Sánchez y Reyes, 2015), consistió de 103 adultos mayores. Los participantes en este estudio estuvieron constituidos de la siguiente manera: adulto mayor hombre equivalente al 48.5 % y adulto mayor mujer el 51.5 %.

Tabla 1  
*Adultos mayores asistentes al Centro Integral del adulto mayor del distrito de La Punta en el año 2018*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	50	48.5
Mujer	53	51.5

#### 4.2. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación, tal como señalan Sánchez y Reyes (2015) es sustantivo descriptivo el cual hace uso del método empírico de carácter descriptivo para conocer sobre la problemática determinada.

El diseño de investigación es descriptivo comparativo ya que intentó determinar las diferencias en el índice de calidad de vida en los adultos mayores considerando el sexo. La representación es la siguiente:

$O_1$  ----- Comparación -----  $O_2$

Donde:

$O_1$  = Hombres

$O_2$  = Mujeres

#### 4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó fue la prueba Whoqol-old, que fue validada para esta investigación, la cual se describe a continuación.

##### Ficha técnica

Nombre del Test:	Test de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la salud para adultos mayores.
Autor:	Organización Mundial de la Salud.
Año:	2006
Constructo a medir:	Calidad de vida
Edad de aplicación:	Personas mayores de 60 años.

---

Duración:	20-25 minutos aproximadamente
Administración:	Individual o colectiva
Materiales:	Cuadernillo y lápiz
Confiabilidad y Validez:	Tiene una confiabilidad de .89 Tiene una validez de .77

#### 4.3.1. Prueba Whoqol-old

En el presente estudio se utilizó como instrumento la prueba de Woqol-old diseñada por la Organización Mundial de la salud, esta prueba contiene 24 items sobre diferentes aspectos que atraviesa un adulto mayor en esta etapa. Asimismo, se encuentra en formato Likert, que incluye cinco opciones de respuesta: Nada, un poco, lo normal, bastante y extremadamente. Esta prueba comprende 6 dimensiones y 4 items en cada una de ellas:

**Capacidad Sensorial:** Nivel de desarrollo de los sentidos básicos del ser humano, el funcionamiento sensorial, el impacto de la pérdida de habilidades sensoriales en la calidad de vida.

**Autonomía:** La independencia del anciano, ser capaz o libre para vivir con autonomía y tomar sus propias decisiones

**Actividades pasadas, presentes y futuras:** La satisfacción que percibe la persona sobre los logros que ha obtenido a lo largo de la vida y sus objetivos pendientes

**Participación o aislamiento social:** La Participación y motivación en las actividades cotidianas, sobre todo en la comunidad y al momento de establecer vínculos con el entorno.

**Intimidad:** Posibilidad de mantener relaciones personales e íntimas, así como el grado en el que la persona experimenta sus relaciones amorosas.

**Muerte y agonía:** Dudas, preocupaciones y miedos con respecto a la muerte.

A esta prueba se le realizó una adaptación para la realidad de Lima, Perú, obteniéndose la validez de contenido por criterio de jueces, para lo cual se contó con cinco expertos en el área, y se observó que los ítems fueron aceptados.

Posteriormente se avanzó en la aplicación de la prueba piloto a 36 participantes del centro, específicamente a los asistentes al taller de gimnasia mental, a quienes se les informó que los datos proporcionados serían confidenciales y solo con fines de investigación. Del total de evaluados, 12 fueron hombres y 24 mujeres, esta evaluación tuvo como finalidad el verificar la confiabilidad de la prueba utilizando el alfa de Cronbach, para lo cual se utilizó el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

### **Confiabilidad para la prueba de calidad de vida WOQOL-OLD**

La prueba de Woqol-old presenta una alfa de Cronbach de 0.76 para los 24 ítems; sin embargo, los reactivos 1, 2, no cumplían con el criterio y al ser eliminados aumentaron el alfa de Cronbach a .810 , dicha información se presenta en la tabla 2, obteniendo así, un puntaje para todos los demás ítems que correlacionaron de manera apropiada, reflejando una buena consistencia interna, quedando al final la prueba con 22 ítems, deduciendo que quedaba apto para la aplicación de la prueba a la muestra de adultos mayores.

Tabla 2

*Prueba de confiabilidad para la prueba de calidad de vida de los adultos mayores*

Alfa de Cronbach	N° de elementos
.810	22

## Validez para la prueba de calidad de vida del adulto mayor WOQOL-OLD

La prueba fue validada por la autora exprofesamente para la presente investigación. La validez del cuestionario se obtuvo mediante la correlación Rango-Orden de Spearman. En la tabla 3, se aprecia que todas las correlaciones son significativas, por lo que permite ubicar al instrumento en niveles óptimos.

Capacidad sensorial	.374
Autonomía	.253
Actividades pasadas, presentes y futuras	.343
Participación o aislamiento social	.258
Intimidad	.276
Muerte	.375

### 4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos

Se solicitó permiso a la gerente encargada de Servicios Sociales del Centro Integral del Adulto Mayor de La Punta, con el objetivo de obtener la autorización para la evaluación de los adultos mayores asistentes al centro. A continuación, se coordinó con la administradora del mismo lugar, los horarios de aquellas actividades en las cuales se podría asistir a evaluar. Durante el proceso de evaluación del test de Calidad de vida estuvo presente la examinadora, quien explicó el motivo y modo del desarrollo del cuestionario. Posteriormente se entregó a los participantes el formato del consentimiento informado en el que se establece que están dispuestos a formar parte de la investigación. Este documento lo leyeron, para luego señalar su respuesta, y en caso de una respuesta afirmativa, se encerrará con una circulo en la palabra acepto ubicada en la parte posterior izquierda de la hoja.

A continuación, se le pidió a la persona que llene una hoja con su información básica como sexo y fecha, no se le pidió que escriba su nombre debido a que se guardó la información del participante de manera confidencial, además que los datos se analizaron grupalmente, finalmente se les mencionó que, ante cualquier duda o dificultad, podrían preguntar a la examinadora.

Después se pasó a entregar la prueba a los participantes el WHOQOL-OLD, de la OMS. Esta escala después de la adaptación respectiva cuenta con 22 ítems de tipo Likert, la cual está distribuida en seis dimensiones: funcionamiento sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad; cada una de las dimensiones posee cuatro preguntas, excepto las dimensiones de autonomía y habilidades sensoriales que solo cuenta con 3 preguntas cada una. Los puntajes pueden variar entre 4 y 20 puntos. Los puntajes de estas dimensiones se combinaron para que al final se obtenga un puntaje como resultado, el cual se convierte en una valoración que oscila entre el 0 y el 100, donde los puntajes altos significaran una mayor calidad de vida y los puntajes bajos una menor calidad de vida del adulto mayor. Administrada la prueba en la muestra, se pasó los datos obtenidos de ellas.

#### **4.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

En el presente estudio los resultados obtenidos fueron procesados mediante el SPSS. Se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov (K-S) para determinar el estadístico a usar (Tabla 4). Se partió de los siguientes supuestos para el análisis de la distribución estadística de los datos.

**Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>):** La distribución de las puntuaciones totales de las dimensiones de la prueba de calidad de vida de los adultos mayores es normal.

**Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>):** La distribución de las puntuaciones totales de las dimensiones de la prueba de calidad de vida de los adultos mayores es diferente a la normal.

En la tabla 4, se presenta los valores K-S, con un nivel de significación que permite rechazar la hipótesis nula. En relación a dicho resultado, se utilizaron estadísticos no paramétricos en el análisis de los datos.

Tabla 4

*Prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov correspondiente a los índices de calidad de vida de los adultos mayores.*

	FS	A	AP	PS	M	I
N	103	103	103	103	103	103
Media	9.05	9.70	12.86	14.85	15.62	13.79
Desviación estándar	3.226	2.137	3.747	2.203	3.352	3.247
Estadístico de prueba	.119	.127	.118	.135	.116	.121
Sig.asintótica (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000

FS: funcionamiento Sensorial, A: autonomía, AP: actividades pasadas, presentes y futuras, PS: participación social, M: muerte, I: intimidad

## CAPITULO V

### Resultados

#### 5.1. Presentación de datos

En el presente estudio los resultados obtenidos son presentados de acuerdo a los objetivos e hipótesis de la investigación. Primero, se presentan los estadísticos descriptivos (Tabla 5) de la muestra de adultos mayores participantes. Luego, se describe las diferencias entre los puntajes de calidad de vida teniendo en consideración el sexo y las diferencias en los puntajes de las dimensiones de la escala de calidad de vida de los adultos mayores asistentes al centro integral del adulto mayor del distrito de La Punta.

Tabla 5  
*Estadísticos descriptivos para la muestra de adultos mayores correspondiente a los índices de calidad de vida.*

Estadísticos	FS	A	AP	PS	M	I
Media	9.05	9.70	12.86	14.85	15.62	13.79
Mediana	9.00	10.00	13.00	15.00	16.00	14.00
D. E.	3.22	2.13	3.74	2.20	3.35	3.24
Rango	12	10	15	11	13	16
Mínimo	3	4	4	9	7	4
Máximo	15	14	19	20	20	20

## 5.2. Análisis de datos

Con respecto a la primera hipótesis general referida a la diferencia en la calidad de vida de acuerdo al sexo, se puede observar en la tabla 6 que la media de rangos es de 55.53 y 48.67 para los hombres y mujeres respectivamente, siendo la U de 1148.5, lo cual implica que no existen diferencias significativas de acuerdo al sexo.

Tabla 6

*Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida entre hombres y mujeres adultos mayores del distrito de La Punta.*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann Whitney	z
Hombre	50	55.53	2776.5	1148.5	1.165
Mujer	53	48.67	2579.5		

\*p<.05

En la tabla 7 se muestra que la hipótesis específica correspondiente a las diferencias en los puntajes correspondientes a la dimensión capacidad sensorial de acuerdo al sexo, contiene una media de rangos de 60.73 para varones y 43.76 para mujeres, siendo la U de 888.5, lo cual implica que no existen diferencias significativas.

Tabla 7

*Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión capacidad sensorial.*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann Whitney	z
Hombre	50	60.73	3036.5	888.5	2.896

Mujer	53	43.76	2319.5
-------	----	-------	--------

\*p < .05

La tercera hipótesis específica señala diferencias en los puntajes correspondientes a la dimensión de autonomía de acuerdo al sexo, se puede observar en la tabla 8 que la media de rangos es de 49.89 para varones y 53.99 para mujeres, siendo la U de 1219.5, lo cual implica que no existen diferencias significativas.

Tabla 8

*Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión autonomía.*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann Whitney	z
Hombre	50	49.89	2494.5	1219.5	0.704
Mujer	53	53.99	2861.5		

\*p<.05

En la tabla 9 se muestra que la cuarta hipótesis específica correspondiente a las diferencias en los puntajes de la dimensión de actividades pasadas, presentes y futuras de acuerdo al sexo, contiene una media de rangos de 55.43 para varones y 48.76 para mujeres, siendo la U de 1153.5, lo cual implica que no existen diferencias significativas.

Tabla 9

*Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras.*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann Whitney	z
Hombre	50	55.43	2771.5	1153.5	1.136
Mujer	53	48.76	2584.5		

\*p<.05

La tabla 10 muestra que la quinta hipótesis específica correspondiente a las diferencias en los puntajes de la dimensión de participación/aislamiento de acuerdo al sexo, contiene una media de rangos de 49.61 para varones y 54.25 para mujeres, siendo la U de 1205.5, lo cual implica que no existen diferencias significativas

Tabla 10

*Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión participación/aislamiento.*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann Whitney	z
Hombre	50	49.61	2480.5	1205.5	0.798
Mujer	53	54.25	2875.5		

\*p < .05

La tabla 11 muestra que la sexta hipótesis específica correspondiente a las diferencias en los puntajes de la dimensión de intimidad de acuerdo al sexo, contiene una media de rangos de 52.47 para varones y 51.94 para mujeres, siendo la U de 1322, lo cual implica que no existen diferencias significativas.

Tabla 11

*Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión intimidad.*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann Whitney	z
Hombre	50	52.47	2603	1322	0.02
Mujer	53	51.94	2753		

\*p < .05

La tabla 12 muestra que la séptima hipótesis específica correspondiente a las diferencias en los puntajes de la dimensión muerte y agonía de acuerdo al sexo, contiene una media de rangos de 52.47 para varones y 51.56 para mujeres, siendo la U de 1301.5, lo cual implica que no existen diferencias significativas.

Tabla 12

*Comparación de los puntajes correspondientes de calidad de vida en hombres y mujeres adultas mayores del distrito de La Punta considerando la dimensión muerte y agonía.*

Sexo	N	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann Whitney	z
Hombre	50	52.47	2623.5	1301.5	0.156
Mujer	53	51.56	2732.5		

\*p<.05

### 5.3. Análisis y discusión de resultados

Esta investigación tuvo como propósito ver la diferencia que existe en los niveles de la calidad de vida en los adultos mayores del distrito de La Punta, teniendo en cuenta el sexo hombre y mujer.

Cuando se hace la comparación de los puntajes generales correspondientes a la calidad de vida de los adultos mayores de La Punta (Tabla 6) se observa que no existen diferencias significativas considerando el sexo. Sin embargo, Gallardo et al. (2018) encontraron en una investigación realizada en Chile que fueron las mujeres adultas mayores fueron aquellas que obtuvieron mejores puntajes en cuanto a calidad de vida en comparación a los hombres.

En cuanto a la primera hipótesis específica sobre la dimensión capacidad sensorial de acuerdo al sexo se encuentra que no existen diferencias significativas en los adultos mayores del distrito de La Punta (Tabla 7) por lo cual no se acepta esta hipótesis específica; no obstante, existe una mayor tendencia en cuanto al puntaje de los hombres. A diferencia de lo que menciona Satorres (2013) en su investigación sobre bienestar psicológico y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción mostrando que las mujeres son aquellas que van teniendo más porcentajes en cuanto a discapacidad.

De la misma forma, no se observan diferencias significativas en cuanto a la dimensión autonomía de acuerdo al sexo de los adultos mayores (Tabla 8). No obstante, se encontró que hay una mayor tendencia en cuanto al puntaje de las mujeres en comparación al de los hombres. En este sentido Melguizo et al., (2012) hallaron que en la ciudad de Cartagena (Colombia), las mujeres mostraron un mejor puntaje en cuanto a autocuidado e independencia.

En cuanto, a la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras de acuerdo al sexo se encontró que no existen diferencias significativas en los adultos mayores del distrito de La Punta (Tabla 9). Pero se observó una mayor tendencia en los puntajes correspondientes a los hombres en comparación al de las mujeres adultos mayores. Tal como Satorres (2013) y su investigación referida al Bienestar Psicológico en la Vejez y su relación con la capacidad Funcional y la Satisfacción Vital, encontrando que un mayor nivel de independencia está determinado por el ambiente, la auto aceptación y el propósito que tiene cada adulto mayor para la realización de sus actividades.

De la misma manera, no se encontraron diferencias significativas en la dimensión participación/aislamiento de acuerdo al sexo de los adultos mayores del distrito (tabla 10); sin embargo, se encontró una mayor tendencia en los puntajes de las mujeres. De esta manera

Cardona et al. (2006) desarrollaron una investigación sobre calidad de vida y condiciones de salud de los adultos mayores encontrando que la situación de aislamiento que vive actualmente la población anciana de la ciudad de Medellín se caracteriza por la pérdida de independencia y autoestima.

Así mismo, en cuanto a la dimensión intimidad de acuerdo al sexo tampoco se encontraron diferencias significativas en los adultos mayores (tabla 11). Este resultado no permitió aceptar esta hipótesis. No obstante, se observó una tendencia mayor en los puntajes de los hombres en comparación al de las mujeres. De igual manera se presentó en la dimensión muerte y agonía según el sexo de los adultos mayores (Tabla 12). Estos resultados concuerdan con lo que plantea Urzúa et al. (2011) que encontraron que aquellas personas que se veían más enfermas independientemente si son hombres o mujeres tienen una menor calidad de vida debido a que lo relacionan con la muerte.

Esta investigación ha permitido obtener información sobre los objetivos planteados, esto es, comparar el índice de calidad de vida según el sexo de los adultos mayores del distrito de La Punta. Es así que estos resultados llevan a tomar en consideración la necesidad de seguir investigando esta problemática referida al bienestar de los adultos mayores en general.

## **CAPITULO VI**

### **Conclusiones y recomendaciones**

#### **6.1. Conclusiones generales y específicas**

En relación a los resultados que muestra el estudio es factible plantear algunas conclusiones tal como se señalan a continuación.

- 1.** Teniendo en cuenta la calidad de vida de los adultos mayores del distrito de La Punta se halló que no existen diferencias significativas según el sexo.
- 2.** Con respecto a la dimensión de funcionamiento sensorial de la calidad de vida se encontró que no hay diferencias significativas en los adultos mayores del distrito de La Punta según el sexo, pero se observa una mayor tendencia a un mejor nivel en los hombres.
- 3.** En cuanto a la dimensión autonomía de calidad de vida en relación al sexo no se han encontrado diferencias significativas en los adultos mayores; no obstante, se halló una tendencia a un mejor nivel en las mujeres del distrito de La Punta.
- 4.** No se encontraron diferencias significativas en la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras en cuanto al sexo; sin embargo, se observó una tendencia a un nivel más alto en los hombres adultos mayores de La Punta.

5. No se observan diferencias en la dimensión participación o aislamiento según el sexo, a pesar de ello se encontró que hay una tendencia a un nivel mayor en las mujeres adultos mayores del distrito.
6. En la dimensión intimidad no se halló diferencias de acuerdo al sexo, sin embargo, se observa una mayor tendencia a un mejor nivel en los hombres adultos mayores del distrito.
7. En cuanto a la dimensión muerte y agonía no se encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo, a pesar de ello se encontró una tendencia a un mejor nivel en los hombres adultos mayores de La Punta.

## **6.2. Recomendaciones**

De acuerdo a los resultados de la presente investigación, es factible plantear algunas recomendaciones tal como se detallan a continuación.

- Realizar más investigación referida a esta temática debido a que con el pasar de los años esta población se incrementará llegando a ser más de la mitad de la población en general, por lo que realizar más investigación ayudará a poder estar preparados y saber cómo manejar algunas dificultades que se puedan presentar.
- Desarrollar más instrumentos relacionados al tema de calidad de vida, pero además el poder validar los instrumentos ya existentes, de esa manera obtener resultados de acorde a la realidad de Perú.

- Diseñar actividades de prevención para mejorar la calidad de vida dirigidas principalmente a los adultos mayores, familiares y cuidadores para facilitarles información al respecto, la misma que puede ser extensiva a los demás integrantes de la comunidad.
- Realizar capacitaciones constantes a los familiares, personal administrativo de los centros integrales de adultos mayores sobre temas relacionados a cómo optimizar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Analizar en detalle las tendencias de los puntajes, especialmente en las dimensiones de la calidad de vida, en cuanto a las comparaciones entre hombres y mujeres.

### **6.3. Resumen.**

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo comparar los índices de la calidad de vida de los adultos mayores del distrito de La Punta ubicado en Lima-Perú. Se examina las diferencias de la variable de estudio de acuerdo al sexo. El tipo de muestreo fue intencional, eligiendo una muestra de 103 adultos mayores asistentes al Centro Integral del adulto mayor del distrito (CIAM) de La Punta, de los cuales 50 fueron hombres y 53 mujeres equivalentes a 48.5% y 51.5% respectivamente a quienes se les administró el Test de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la salud para adultos mayores que contiene seis dimensiones o facetas: funcionamiento sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad. Los resultados indican que no existen diferencias significativas en los índices correspondientes a la calidad de vida teniendo en cuenta la comparación entre los hombres y mujeres adultos mayores del distrito de La Punta.

Palabras claves: Calidad de vida, sexo, adultos mayores.

#### **6.4. Abstract.**

##### **Abstract**

The purpose of this research study was to compare the quality of life of the elderly in the district of La Punta located in Lima-Peru. The differences of the score of the variable on study considering the sex are examined. The type of sampling was intentional, choosing a sample of 103 older adults attending the Comprehensive Senior Center of the district (CIAM) of La Punta; of which 50 were men and 53 women equivalent to 48.5% and 51.5% respectively who were administered the World Health Organization's Test of Quality of Life for older adults that contains 6 dimensions or facets: sensory functioning, autonomy, past, present and future activities, social participation, death and death and intimacy. The results indicate that there are no significant differences in the indexes corresponding to the Quality of Life, taking into account the comparison between older adults both men and women in the district of La Punta.

Keywords: quality of life, sex, older adult.

## Referencias

- Acosta, C., Vales, J., Echevarría, S., Serrano, D. y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2)241-250. Consultado en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima: Editorial Universitaria.
- Angermeyer, M. y Killian, R. (2000). *Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Atchley, R. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis. *The gerontologist*, 13(17). Consultado en: [https://doi.org/10.1093/geront/11.1\\_Part\\_1.13](https://doi.org/10.1093/geront/11.1_Part_1.13)
- Baltes, P. y Baltes, M. (1985). *The psychology of control and aging*. UK: Erlbaun, Hillsdale.
- Barefoot, J., Maynard, K., Beckham, J., Brummelt, B., Hooker, K. y Siegler, I. (1998). Trust, health and longevity. *J Behav Medicine*, 21(6), 517-526. Consultado en: <https://doi.org/10.1023/a:1018792528008>
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento: teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.

- Bigelow, D., Brodsky, G., Stewart, L. y Olson, M. (1982). *The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services*. Nueva York: Academic Press Inc.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63. Consultado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=695/69520210>
- Calman, K. (1987). *Definitions and dimensions of quality of life*. New York: Ravens Press.
- Cardona, D, Estrada, A. y Agudelo, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Revista Biomédica*. 26(2), 206-15. Consultado en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1410>
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York: McGraw-Hill.
- Campbell A., Converse P. y Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage.
- Carmen, R. y Vásquez, C. (1993). Salud mental, autonomía funcional y percepción del envejecimiento: un estudio en ancianos de clase media de Lima (Perú). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(3), 453-466. Consultado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80525307>
- Carstensen, L. (1991). *Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory*. (Tesis de Doctor en Psicología). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Perú. Consultado en :

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661756/leon\\_aguilera\\_diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661756/leon_aguilera_diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cerón, M., Sanchez, A., Riego, N., Enríquez, C. y Fernandez, B. (2013). La percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*. Consultado en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-adulto-mayor-calidad-de-vida/>

Csikszentmihaly, M. (1998). *Aprender a fluir*. Barcelona: Kaidós

Cummins, R. (1998). *Quality of Life Definition and Terminology: A discussion document from the International Society for Quality of Life Studies*. Blacksbourg: The International Society for Quality-of-Life-Studies.

Cummins, R. (1997). *The Comprehensive Quality of Life Scale – Adult: Manual*. Melbourne: Deakin University.

Cummins, R. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva Progress in understanding subjective quality of life. *Intervención Psicosocial*, 9, 185–198. Consultado en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/63246.pdf>

De Juana, Á., Mendizábal, M., Lim, R. y Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social*, (22), 153-192. Consultado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1350/135031394011>

Delhey, J., Böhnke, P., Habich, R. y Zapf, W. (2002). Quality of life in a European perspective: The Euromodule as a new instrument for

comparative welfare research. *Social Indicators Research*, 58(1–3), 163–176. Consultado en: <https://doi.org/10.1023/A:1015783800462>

Deneve, K. M. y Copper, H. (1998). The Happy Personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197–229. Consultado en: <https://www.gwern.net/docs/iq/1998-deneve.pdf>

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. Consultado en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>

Fayers, P. y Machin, D. (2000). *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: John Wiley y Sons.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. y Maciá, A. (1996). *Calidad de Vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Imsero

Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fernández, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida*. (Tesis de Doctorado en Antropología Social). Universidad de Valencia, Valencia, España. Consultado en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf?sequence=1>

Ferrans, C. (1990) Quality of Life: Conceptual Issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4), 248–254. Consultado en: [https://doi.org/10.1016/0749-2081\(90\)90026-2](https://doi.org/10.1016/0749-2081(90)90026-2)

- Flecha, A. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Revista Interuniversitaria*, 25(10), 319-341. Consultado en: [https://doi.org/10.7179/PSRI\\_2015.25.14](https://doi.org/10.7179/PSRI_2015.25.14)
- Flores, N., Jenaro, C., Moro L. y Tomsa, R. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2), 79-88. Consultado en: <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i2.55>
- Flores, B., Castillo, Y., Martínez, D., Miranda, C., Peralta, E. y Durán, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida, una perspectiva desde el contexto familiar. *Enfermería México Seguro Social*, 26(2), 83-88. Consultado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf>
- Gallardo, L., Córdova, I., Piña, M. y Urrutia, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en adultos mayores del norte de Chile. *Latinoamericana*, 17 (49), 153-175. Consultado en: <https://doi.org/10.4067/s0718-65682018000100153>
- García, A. y Maya, A. (2015). Adaptation to chronic benign pain in elderly adults. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 4(3), 121–129. Consultado en: <https://doi.org/10.15225/pnn.2015.4.3.5>
- García, F. y Concepción, A. (2015). La investigación acción participativa en procesos de desarrollo comunitario: una experiencia de cooperación interuniversitaria en el barrio de Jesús María, La Habana Vieja (Cuba). *Revista Interuniversitaria*, 26, 203–228. Consultado en: <https://doi.org/10.7179/PSRI>

González, J. (2001). *El Envejecimiento: Aspectos Sociales*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

González Celis, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509. Consultado en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/456>

Gutiérrez, A., Orozco, J., Rozo, W. y Martínez, Y. (2017). *Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá primer trimestre 2017*. (Tesis de Licenciatura de Ciencias de la Salud). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Cajica, Colombia. Consultado en : <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/774/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>

Hamilton, S. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Morata.

Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Nursing Scholarships*, 31(3), 215 – 220. Consultado en: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x>

Hornquist J. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 10(2), 57-61. Consultado en: <https://doi.org/10.1177/140349488201000204>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2011). *Boletines de niñez y adultos mayores*. Lima, Perú. Consultado en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/2011/1/>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Boletines de niñez y adultos mayores*. Lima, Perú. Consultado en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
- Kaplan, R. (1994). The Ziggy theorem: toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychol*, 13(6),451-460. Consultado en: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.6.451>
- Lawton, M. (1975). *Competence, environmental press and adaptation.: Theory development in environment and aging*. Washigton D.C: Gerontological Society
- Lawton, M. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontological Society*, 45(4), 181-183. Consultado en: <https://doi.org/10.1159/000022083>
- Lehman, A., Ward, N. y Linn, L. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *The American journal of psychiatry*, 139(10),1271-1276. Consultado en: <https://doi.org/10.1176/ajp.139.10.1271>.
- Lobo, A., Santos, L. y Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 913–919. Consultado en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670608>
- Martin, A.y Stockler, M. (1998). Calidad de vida una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 141-156. Consultado en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

- Mazacón, B. (2017). *calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud*. (Tesis de doctorado de Medicina). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Consultado en <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6561>
- Melguizo, E., Acosta, A. y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Salud Uninorte*, 28(2), 261-268. Consultado en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522012000200008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200008&lng=en&tlng=es).
- Michalos, A. (1997): Combining Social, Economical and Environmental Indicators to Measure Sustainable Human Well-Being. *Social Indicators Research*, 40(1),221-258. Consultado en: <https://doi.org/10.1023/a:1006815729503>
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (julio, 2013). *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores*. Consultado en: [http://www.mimp.gob.pe/files/planes/vers\\_imprimible\\_plan\\_nac\\_pam\\_2013-2017.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/planes/vers_imprimible_plan_nac_pam_2013-2017.pdf)
- Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. (2015). Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Callao2.html>
- Miranda, A., Hernández, L. y Rodríguez, A. (2009). Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 25(3), 11-24. Consultado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003&lng=es&tlng=es).

Mishara, B. y Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.

Muñoz, J. (2002) *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.

Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Politic and Social Sciences*, 415(1),187-198. Consultado en: <https://doi.org/10.1177/000271627441500114>

Noll, H. (2002). *Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture*. Dordrecht: Kluwer.

Oliva, A., Mendizábal, M. y Navarro, E. (2013). La investigación acción participativa en procesos de desarrollo comunitario: una experiencia de cooperación interuniversitaria en el barrio de Jesús María, La Habana Vieja (Cuba). *Revista Interuniversitaria*, 22, 153–168. Consultado en: <https://doi.org/10.7179/PSRI>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Consultado en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Mundial de la Salud (1958). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Consultado en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089>

Ortiz, J. y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31. Consultado en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>

- Osorio, P., Torrejón, M. J. y Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de Calidad de Vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología*, 17(1) 101-108. Consultado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26412982005>
- Papalia, D. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGrill
- Pardo, P., Castrillón, F., Pedreño, N., y Moreno, J. (2014). Motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico. *Cuadernos De Psicología Del Deporte*, 14(3), 149-155. Consultado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-84232014000300016&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232014000300016&lng=es&tlng=es).
- Párraga, Y. (2017). *La Calidad de Vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo*. (Tesis de Licenciatura en Trabajo social). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú. Consultado en <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Reig, A. (2000). *Perspectivas en Gerontología y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Reig, A., Cabrero, J., y Richart, M. (1996). Comportamiento y salud en la vejez. *Geriatría y Gerontología*, 31(1), 37-44. Consultado en: <https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/comportamiento-y-salud-en-la-vejez.pdf>
- Rodríguez, M., Martín, S., Frades, P., Martínez, P. y Forjaz, J. (2015). Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. *Revista española de salud pública*, 89(1), 51-60. Consultado en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000100006>

- Rojo, F., Fernández, G., Forjaz, J., Prieto, M. y Martínez, P. (2015). La influencia de las condiciones del entorno residencial y personal en la calidad de vida de los adultos mayores españoles. *Actas del XIV Coloquio Ibérico de Geografía*, 25(15), 647-653. Consultado en: [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE\\_2012\\_calidad\\_vida.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2012_calidad_vida.pdf)
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital* (Tesis de Doctor en Psicología). Universidad de Valencia, Valencia, España. Consultado en <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1>
- Shaw, A. (1977) Defining the quality of life. *Hastings Center*. 7(5) ,1-11. Consultado en: <https://doi.org/10.2307/3560715>
- Sirgy, M. (2001). *Handbook of Quality of Life Research. An Ethical Marketing Perspective*. Dordrecht: Kluwer.
- Smith, D. (1974). Who Gets What, Where and How: A Welfare Focus for Human Geography. *Geography*, 59(4), 289-297. Consultado en: <https://www.jstor.com/stable/40568285>
- Tirado, E. y Mamani, F., (2018). *La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política*. Lima: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Uribe, A. y Valderrama, L. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120. Consultado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80130809>
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8). Consultado em: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005>
- Urzúa, M. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. Consultado em: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Varela Pinedo, L. F. (2016). Health and quality of life in the elderly. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 199–201. Consultado en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Vasallo, M. (2019). *Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú. Consultado en: [http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9063/1/2019\\_Vassallo-Caceres.pdf](http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9063/1/2019_Vassallo-Caceres.pdf)
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290. Consultado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- Zamarrón, M. (2007). *Envejecimiento Activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. (Tesis de doctor en Psicología). Universidad de Miguel Hernández,

Alicante, España. Consultado en  
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%20C%20Maria%20Antonia.pdf>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lima, febrero

Sra. /Sr.

Por medio de este documento solicito su consentimiento para participar en una investigación que estudia la calidad de vida en los adultos mayores del distrito de La Punta.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas de una prueba psicológica. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Ante todo, se agradece su apoyo en la participación de este estudio.

Por favor si está de acuerdo encierre en un círculo la palabra “Acepto”.

ACEPTO

NO ACEPTO

Si usted marco “Acepto”, por favor complete los siguientes espacios con sus datos:

Edad:

Sexo:

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO WHOQOL-OLD

Instrucciones Este cuestionario pregunta sobre sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona mayor de la sociedad. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Por favor, tenga en cuenta sus normas, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en las dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar: ¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?

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

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto ha estado preocupado/a sobre el futuro en las dos últimas semanas. Así, hará un círculo en el número 4 si usted se ha preocupado sobre su futuro “Bastante”, o un círculo en el número 1 si usted se ha preocupado “Nada” sobre su futuro. Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la respuesta de cada pregunta que mejor le corresponda.

**Gracias por su ayuda**

I. Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas, por ejemplo, libertad de elegir y sentimientos de control en su vida:

1. ¿En qué medida la alteración de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afecta su vida diaria?

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

2. ¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto, afecta su capacidad para participar en actividades?

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

3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?

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

4. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?

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

5. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?

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

6. ¿En qué grado está preocupado/a sobre la manera en que morirá?

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

7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?

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

8. ¿En qué grado está asustado/a de morir?

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

9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?

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

II. Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida usted experimenta al completo o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso.

1. ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afecta su capacidad para relacionarse con los demás?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

2. ¿En qué medida está satisfecho/a con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

4. ¿En qué medida siente que tiene suficientes cosas a hacer cada día?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

5. ¿En qué grado está satisfecho/a con lo que ha conseguido en la vida?

Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
1	2	3	4	5

6. ¿En qué grado está satisfecho/a con la manera que utiliza su tiempo?

Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
1	2	3	4	5

7. ¿En qué grado está satisfecho/ con su nivel de actividad?

Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
1	2	3	4	5

8. ¿En qué grado está satisfecho/a con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?

Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
1	2	3	4	5

9. ¿En qué grado está contento/a con las cosas que es capaz de tener ilusión?

Muy descontento/a	Descontento/a	Ni contento ni descontento	Contento	Muy Contento
1	2	3	4	5

III. Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener. Por favor considere estas preguntas con referencia a un compañero/a u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

1. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

2. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

3. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

4. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado/a?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5